TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

DOCTEUR FERNAND GAULT



DIJON
IMPRIMERIE BARRET & MASSEBEUF
69, Rue Condorcet, 69

1920

Hommage de l'auteur

[illegible]

TITRES

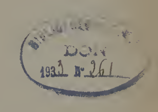
ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Docteur Fernand GAULT





DIJON
IMPRIMERIE BARRET & MASSEBEUF
69, Rue Condorcet, 69

1920

TITRES UNIVERSITAIRES ET HOSPITALIERS

DOCTEUR GAULT

Né à Nancy, le 12 Novembre 1873.

Externe des Hôpitaux de Lyon (Concours 1893)

Docteur en Médecine (Lyon 1894).

Professeur Suppléant d'Anatomie à l'Ecole de Médecine de Dijon (Concours de Lyon 1905).

Chef des Travaux Anatomiques (Dijon, de 1905 à 1914).

Chargé du Cours Complémentaire de Laryngologie à l'Ecole de Médecine de Dijon (depuis 1905).

Chef du Service Oto-Rhino-Laryngologique des Hôpitaux de Dijon (Concours de Paris 1911).

Professeur Titulaire d'Histologie (Juin 1914).

SOCIÉTÉS SAVANTES ET CONGRÈS

Membre Titulaire de la Société Française de Laryngologie (depuis 1906.)

Deux fois chargé du rapport annuel de cette Société (au Congrès de Paris 1910, en collaboration avec le Professeur JACQUES ; au Congrès de Paris 1912 en collaboration avec le Docteur DURAND)

Membre Titulaire de l'Association Française de Chirurgie.

Chargé du Rapport de la Section d'Otologie (Sourds de Guerre, à la 3me Conférence Interalliée à Rome, 1919).

SERVICES OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE DE GUERRE

Médecin-Chef de l'Ambulance 5/8, de l'Hôpital de Blessés inévacuables de Lérouville; de l'Hôpital Mixte de Commercy (Chirurgie Générale et Spéciale de la tête et du cou.)

Chef du Centre Laryngologique de la 4me Région, au Mans, de Mai 1916 à Janvier 1918.

Chef du Centre Maxillo Facial de la 6me Armée, à Vasseny, de Janvier à Mai 1918.

Chef du Centre Laryngologique de la 10me Armée, à Doullens, Senlis, etc.

ENSEIGNEMENT UNIVERSITAIRE ET HOSPITALIER

De 1905 à 1914, pendant le semestre d'hiver, Cours d'Anatomie descriptive — 1re année. Les Organes des Sens. — 2me année. Le Système Nerveux Central.

De 1905 à 1914, comme Chef des Travaux Anatomiques, Conférences d'Anatomie Topographique (Tête et Cou.)

Depuis 1919, Cours d'Histologie en 2 ans. — 1re année, les Organes, Notions d'Embryologie. — 2me année, Système Nerveux Central et Organes des Sens

Cours Complémentaire d'Oto-Rhino-Laryngologie à l'Ecole de Médecine de Dijon, de 1905 à 1911.

Depuis 1911, Conférences Cliniques d'Oto-Rhino-Laryngologie dans son service de l'Hôpital Général.

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

Bouche et Pharynx

De la voie buccale comme voie d'accès sur la région péri amygdalienne et l'espace maxillo pharyngien.

Quatre cas de tumeurs du Pharynx opérés par voie buccale.

Traitement chirurgical des tumeurs du pharynx par voie buccale, par les Docteurs DURAND, de Nancy, et GAULT, de Dijon. (Rapport au Congrès Français d'Otologie de Mai 1912.)

Ablation par voie endo-buccale d'une balle de Schrapnell logee depuis un an dans l'espace maxillo pharyngien gauche. (In. Bulletin Médico Chirurgical du Mans, Septembre 1911.)

Des résections partielles du maxillaire inférieur par voie buccale dans les cas de cancer de l'isthme du gosier. (Congrès de Paris 1912.)

Oreilles

Sur un cas de Mastoïdite de Bezold.

Ostéites et périostites isolées du temporal, par le Professeur JACQUES, de Nancy, et le Docteur GAULT, de Dijon. (Rapport présenté au Congrès de la Société Française de Laryngologie, Mai 1910.)

Note sur l'utilisation du reflexe cochléo orbiculaire pour la surdité. (In. Presse Médicale du 25 Septembre 1916.)

Quelques considérations sur la rééducation des sourds de guerre. (Centre Laryngologique de la 4e région, Avril 1917.)

Règles pour l'assistance aux sourds. (Rapport à la 3e Conférence interalliée pour l'Assistance aux Invalides de Guerre, Rome 1919.)

Nez, Fosses Nasales

Sur le traitement de l'ozène par les injections de parafine solide avec présentation d'un nouvel appareil. (Congrès Otologique de Paris Mai 1907.)

Traitement de l'ozène par les injections de parafine à 45°. (In. Archives Internationales de Laryngologie.)

Sur quelques cas de résection sous-muqueuse de cloison. (In. Bourgogne Médicale 1910.)

Des polypes rétro-nasaux. (In. Bourgogne médicale, Juin 1911.)

Phlegmon orbitaire consécutif à une ethmoïdite chez un enfant de dix-huit mois (Congrès de Laryngologie de Paris, Mai 1907.)

Sur un cas d'adénome de la fosse nasale gauche. (In. Revue Hebdomadaire de Laryngologie, Avril 1911.)

De l'utilisation du cornet inférieur comme moyen adjuvant dans certain cas d'urano staphylorraphie. (Congrès de Paris 1910.)

Ethmoïdite fongueuse gauche opérée par voie endo-nasale.

Larynx

Recherches sur l'anatomie fine des régions glottique et sous-glottique du larynx de l'homme (In. Bulletin mensuel de la réunion Biologique de Nancy, Avril 1905.) Travail présenté par le Professeur Jacques.

Sur un cas de laryngectomie totale pour cancer du larynx. (In. Congrès de Laryngologie de Paris 1909.)

Considérations sur le traitement opératoire immédiat des spasmes graves du larynx. (In. Congrès International de Laryngologie à Berlin, Août-Septembre 1911.)

A propos d'un cas d'hémi-laryngectomie.

Sur un cas de tumeur papillomateuse du larynx. (In. Bourgogne Médicale, Avril 1907.)

Sur la technique de la rééducation dans l'aphonie nerveuse. (Congrès de Laryngologie de Paris, Mai 1914.)

Considérations sur l'étiologie, le diagnostic et le traitement des aphonies et dysphonies avec ou sans lésions inflammatoires. (Congrès de Laryngologie de Paris, Mai 1920.)

Œsophage, Bronches

Œsophagoscopie et électrolyse dans un cas de rétrécissement œsophagien. (Congrès de Laryngologie de Paris, Mai 1909.)

Trois cas de corps étrangers de l'œsophage et des bronches. (Congrès de Laryngologie de Paris, Mai 1913.)

Trois cas de corps étrangers des premières voies respiratoires. (Bourgogne Médicale, Novembre 1920.)

Crâne, Cou, Médiastin

Sur un cas de médiastinite syphilitique, par les Docteurs GAULT et LUCIEN, de Dijon. (Congrès pour l'Avancement des Sciences de Dijon, Août 1911.)

Quelques moyens de recouvrement des plaies pouvant suppléer les autoplasties. (Congrès de Laryngologie de Paris, Mai 1911.)

Du traitement des hémorragies de gros vaisseaux du cou par voix endo-pharyngée et voix externe combinée. (Congrès Laryngologique de Paris, Mai 1919.)

Hernies du cerveau, leur traitement. (Discussion à propos d'une communication du Docteur DELAGÉNIÈRE, du Mans. (In. Bulletin Médical Chirurgical du Mans, Septembre 1916.)

De la voie d'accès antérieure sur l'étage moyen du crâne. (Congrès de laryngologie de Paris, Mai 1919.)

Relation de quatre cas de néoplasmes traités par le radium. Discussion à propos d'une communication du Docteur LECLERC, de Dijon. (Bourgogne Médicale, Novembre 1920.)

Divers

Notice sur un cas de canaux de malpighi GAERTNER observés chez une chèvre hermaphrodite. (In. Bibliographie Anatomique. Travail du laboratoire des Professeurs PRENANT et BOUIN.)

Des principes de l'hygiène individuelle. (Conférence faite sous le patronage de la Société des amis de l'Université, à Dijon.)

La médecine d'hier et la médecine d'aujourd'hui. (Discours prononcé à la séance solennelle de rentrée des Facultés à Dijon, le 11 Novembre 1909.)

Rapport sur l'organisation de l'oto-rhino-laryngologie aux Armées, etc., etc.

Bouche et Pharynx

De la Voie Buccale comme Voie d'accès sur la région Péri-Amygdalienne et l'espace Maxillo-Pharyngien

Ayant eu occasion d'observer chez un homme de 32 ans, un lymphosarcome de l'amygdale de la grosseur d'un petit abricot, l'auteur ne pouvant faire accepter à un malade ne souffrant pas et éprouvant peu de gêne une intervention par voie externe, suivit la conduite qu'il avait vu tenir en pareil cas par son maître, le Professeur Jacques, et proposa l'intervention par voie buccale qui fut acceptée et pratiquée sous chloroforme.

Frappé de la facilité relative qu'il avait eu pour intervenir, il fit à l'amphithéâtre des recherches concernant l'anatomie opératoire de l'espace maxillo-pharyngien.

1°) Le sujet étant en position de Rose, le miroir de Clar en photophore frontal, la bouche très largement ouverte par un baillon de Whithead, un abaisse-langue chargeant la langue, un aide écarte et plaque en quelque sorte avec un abaisse-langue de Kierstein le pilier antérieur contre la branche montante du maxillaire inférieur doublée du ptérigoïdien interne. Avec des pinces ou par un procédé quelconque, ablation de l'amygdale. A ce moment, on a sous les yeux la plus grande partie de l'espace maxillo-pharyngien recouvert par la muqueuse, c'est-à-dire tout l'espace entre la colonne vertébrale et la styloïde. — 2°) Incision verticale de 4 centimètres de hauteur de la paroi pharyngienne à 1cm 5 environ, en dehors de la ligne médiane intéressant l'aponévrose qui est ensuite chargée par l'écarteur latéral. — 3°) l'index reconnaît alors la colonne cervicale en dedans, l'apophyse styloïde en dehors. la masse latérale de l'atlas en dehors et un peu en arrière de la styloïde. Ces points de repères sont faciles à constater. La styloïde descend presque parallèlement à la branche montante doublée du ptérygoïdien et la touche quand la bouche est largement ouverte. Rarement elle est trop courte pour échapper au doigt investigateur. Le plus souvent elle peut même être sentie avant toute incision en déprimant en dehors et vers le haut de la fossette sus-amygdalienne. — 4°) On observe alors assez facilement les détails

anatomiques suivants. En dedans la colonne vertébrale doublée des muscles prévertébraux avec bandes verticales blanchâtres tendineuses. En dehors la styloïde doublée du muscle stylo-pharyngien petit faisceau bien visible qui se dirige obliquement en bas et en dedans et se trouve contourné par le nerf glosso-pharyngien. En arrière de ce muscle, en dedans de la colonne vertébrale doublée de muscles, se trouve l'artère carotide interne facile à mettre en évidence si on se rappelle qu'ellé est à un centimètre au moins en arrière d'un plan frontal tangent à la face antérieure du corps des vertèbres cervicales. qu'elle est en arrière du muscle stylo-pharyngien bien visible. qu'elle est à peu près à égale distance entre la styloïde et la colonne cervicale, qu'elle repose sur la masse latérale de l'atlas. Si le protecteur charge l'artère et l'entraîne en dehors et avec elle le pneumogastrique et la veine qui lui sont externes. on n'a plus en dedans aucun organe dangereux. Seuls, le glosso pharyngien facile à voir et à écarter et le plexus veineux peri-pharingien se manifestant sous forme de veines verticales plus ou moins grosses, constituent un obstacle relatif.

De cette observation et des quelques recherches que nous avons faites, nous sommes, croyons-nous, en droit de conclure que :

La voie buccale. pour aborder les tumeurs au début, de l'amygdale et de la région périamygdalienne, est trop rarement employée aujourd'hui. qu'une lumière intensive et une instrumentation appropriée permettent un accès relativement large en cette région bien exposée (à la condition d'user d'écarteurs appropriés), où des repères osseux faciles à trouver permettent une orientation aisée. Le danger d'hémorragie résultant bien plutôt des veines péri-pharyngiennes que de la carotide interne facilement évitable n'est, somme toute, pas plus grand que dans les opérations faites par voie externe.

Seuls les cas de tumeurs volumineuses avec engorgement ganglionnaire étendu contre-indiquent cette voie.

Quatre Cas de Tumeurs du Pharynx opérées par Voie Buccale

Relation de quatre cas : 1°) Une tumeur du voile du palais de la grosseur d'une cerise non contrôlée histologiquement ; 2°) Un épithélioma du voile et du pilier antérieur droit ; 3°) Lymphosacrome de l'amygdale droite ; 4°) Tumeur de la paroi latérale droite du pharynx buccal intéressant les piliers, le voile, l'amygdale, la base de la langue.

Dans tous ces cas même après abrasion étendue les suites immédiates furent très simples, les surfaces cruentées pouvant dans la plupart des cas être facilement recouvertes par glissement et sutures.

Traitement Chirurgical des Tumeurs du Pharynx par Voie Buccale

(Rapport au Congrès Français de Laryngologie de 1912)

par les Docteurs DURAND de Nancy et GAULT de Dijon.

Ce travail qui nous a été confié par la Société de Laryngologie à la suite de nos recherches précédentes a pour but d'établir la posibilité de faire par voie buccale une extirpation large et complète pour des tumeurs délimitables au toucher digital, avec engorgement ganglionnaire léger ou sans engorgement ganglionnaire apparent, et pour cela :

1° De fixer l'anatomie topographique du méso-pharynx et de l'espace maxillo-pharyngien abordé par voie buccale ;

2° En nous basant sur cette étude et l'analyse des malades opérés par cette voie, de préciser pour le moment présent les indications de l'emploi de cette technique, comparativement aux indications de la méthode externe ;

3° D'indiquer les règles de médecine opératoire qui doivent guider le chirurgien dans son intervention.

Ce travail comporte les chapitres suivants :

I. *Historique.*

II. *Aperçu anatomique du pharynx (spécialement de sa portion buccale) et de l'espace maxillo-pharyngien. Considérations de médecine opératoire sur le méso-pharynx abordé par voie buccale.*

III. *Faits cliniques.*

IV. *Parallèle entre la pharyngectomie interne et la pharyngectomie externe. Résultats et statistiques.*

V. *Indications et contre-indications de la pharyngectomie interne.*

VI. *Technique opératoire de la pharyngectomie interne.*

VII. *Index bibliograpique.*

CONCLUSIONS

Plus se perfectionne la technique dans les différentes parties de l'art de guérir, et plus s'impose l'usage des voies naturelles comme accès aux lésions à traiter. L'expérience quotidienne démontre combien sont tolérantes les cavités muqueuses à l'égard des instruments dirigés par

des mains expertes ; pour ne citer qu'un exemple, ceux d'entre nous qui sont familiers avec l'endoscopie du thorax savent à quel point les interventions par voie buccale ont amélioré le pronostic des phlegmons péribronchiques ou périœsophagiens provoqués par des corps étrangers.

Aussi, sans répudier les procédés opératoires qui ont assuré à la chirurgie générale tant de si beaux succès, le devoir de notre spécialité est-il, à notre avis, de restreindre le rôle des opérations d'accès dans la mesure autorisée par les incessants progrès de notre technique spéciale, sans sacrifier aucunement — cela va de soi — le résultat visé, à la simplicité de l'acte opératoire.

Nous croyons avoir établi qu'il est possible d'agir par la voie buccale sur les néoplasmes du mésopharynx d'une manière tout aussi efficace, dans la majorité des cas, qu'en intervenant par la voie externe.

Il n'est pas douteux, d'autre part que ce *modus operandi* constitue pour le patient un traumatisme singulièrement anodin, comparativement aux risques de la pharyngectomie classique. Celà doit suffire, il nous semble pour recommander à l'attention de nos collègues la pharyngectomie interne. trop délaissée par les nombreux partisans des larges incisions de la chirurgie à ciel ouvert. Son indication, absolue dans toutes les tumeurs bénignes ou encapsulées, ainsi que dans les tumeurs malignes nettement limitées, mérite encore l'examen et demeure affaire d'opportunité dans nombre de cancers déjà étendus chez des sujets débilités. Grâce à la pharyngectomie interne, nous pouvons alors échapper encore au dilemme de la désespérante abstention ou de la mutilante et si souvent fatale opération classique.. Sommes-nous jamais certains de l'inanité finale de nos efforts ? et pourquoi en refuser le bénéfice à un désespéré si nous pouvons tenter de le guérir sans attenter à ses jours.

Ablation par Voie Endo-Buccale d'une Balle de Schrapnell logée depuis un an dans l'Espace Maxillo-Pharyngien Gauche

Le malade avait été blessé le 28 Avril 1915 — orifice d'entrée : angle interne de l'œil droit -- une radiographie localisait la balle en arri re de la branche montante gauche, au-dessous du condyle — la pression au doigt localisait une douleur entre branche montante et pointe de mastoïde — la pression interne, avec l'index gauche porté dans le pharynx localisait nettement une douleur dans la fossette sus-amygdalienne.

Opération. – Le 13 Mai, le malade assis, la région amygdalienne éclairée au miroir à reflexion, après cocaïnisation, incision depuis le sommet de l'ogive de la fossette sus-amygdalienne, verticalement descendante et à un demi-centimètre environ en dehors du pilier postérieur — puis décollement prudent à la sonde cannelée, et exploration de la plaie avec la pulpe de l'index gauche qui en dedans de l'apophyse styloïde perçoit un corps dur et arrondi — prudemment, on le libère en dedans, sous le contrôle de la vue, à la sonde cannelée et aux ciseaux courbes fermés, puis avec l'index — les adhérences en parties détachées, il est saisi avec une pince à végétation pour jeunes enfants, et extrait par libération totale — suintement sanguin minime au cours de l'opération.

Suites des plus simples — le lendemain angine traumatique avec 4?° — le surlendemain, pas de fièvre — le quatrième jour, le malade se levait dans la chambre.

Des Résections Partielles du Maxillaire Inférieur par Voie Buccale dans les Cas de Cancer dans l'Isthme du Gosier

L'auteur rapporte l'observation d'un malade de 74 ans, atteint d'un épithélioma de l'isthme du gosier intéressant le sillon glosso-gingival gauche au niveau et en arrière de la dernière grosse molaire et à son voisinage la langue et le pilier antérieur. La tumeur bourgeonnante adhère nettement au maxillaire. Ganglions sous-maxillaires et carotidiens. Un diabète moyen (50 gr. de sucre), l'aspect fatigué du malade, nous forcent à attendre l'effet d'un régime approprié et nous ne l'opérons que deux mois après ce premier examen. Le sucre était tombé à 10 gr., mais la tumeur s'était un peu étendue. Opération en deux temps.

1° Sous cocaïne, ablation des ganglions carotidiens et de la glande sous-maxillaire, ligature de l'artère carotide externe.

2° Quinze jours plus tard et sous anesthésie mixte (d'abord au chlorure d'éthyle pour réduire au possible la durée du chloroforme,) ablation de la portion adhérente du maxillaire inférieure par voie buccale, à la scie à chaîne. Un premier trait de scie sur le corps du maxillaire au niveau de la première grosse molaire. Un deuxième, horizontal, sur la branche montante à hauteur et un peu au-dessus de la couronne de la troisième grosse molaire, à trois centimètres environ au-dessus de l'angle du maxillaire. Pas d'incision extérieure, sauf au

niveau du menton pour le passage d'un stylet muni du fil attirant la scie à chaîne. Section sous-périostée pour la branche horizontale. Pour la branche montante, section sous-périostée en dehors, sous le masséter. En dedans, d'abord section au bistouri des parties molles, à un centimètre au delà des parties néoplastiques, puis section à la scie. Ce temps, un peu laborieux, est terminé à la cisaille de Liston.

Suites simples, mais six semaines après un petit point de récidive force à une réintervention, cette fois entièrement sous chlorure d'éthyle (durée une heure) Elle montre une infiltration du néoplasme dépassant de beaucoup les limites apparentes, infiltrant la joue et paraissant s'étendre jusque vers l'apophyse ptérygoïde. Nous faisons partie par voie buccale, partie par l'extérieur, une ablation qui paraît très complète du néoplasme, sacrifions une partie de la joue, de façon à dépasser largement, sans nous occuper de la possibilité de recouvrir. Par tractions et libération des lambeaux nous pouvons cependant refermer la plaie. Les sutures sont soutenues par des sutures d'appui collodionnées Au troisième jour un érysipèle avec 40 degrés, d'une durée d'une huitaine de jours. Le malade entrait en convalescence et se promenait dans sa chambre, lorsque, onze jours après cette deuxième opération, il s'affaisse soudain sur lui-même et meurt dans une sorte d'ictus.

Etant données l'issue fatale, la nécessité d'une réintervention, et au cours de celle-ci l'ablation forcée d'une partie de la joue, on pourrait nous objecter qu'une chirurgie à ciel ouvert aurait pu donner de meilleurs résultats. Nous ne le croyons pas, et, tenant compte de l'âge du malade, de son aspect cachectique, du diabète présenté, de la gravité relative de l'intervention, nous croyons que si nous avons pu mener à bien (au point de vue opératoire) deux tentatives d'ablation aussi radicales et sans ménagement aucun quant aux sacrifices jugés nécessaires, c'est à cette méthode que nous le devons, et si le résultat final fut un ictus, indépendant à la vérité de l'opération, nous avons la conviction absolue que, dans le cas particulier, une chirurgie à larges incisions externes aurait donné forcément une plaie béante par sutures lâchées, infectante, et nous aurait amené une mort plus rapide encore par complications pulmonaires. Et cependant quand on sait l'avenir lamentable réservé aux cancéreux de l'isthme, notre devoir est quand même d'intervenir si possible *cito, tuto et jucunde*. Nous croyons, pouvoir tirer de ce cas les quelques remarques suivantes, relatives à la possibilité de l'opération, à ses indications. au mode d'anesthésie, etc.

1º Possibilité de l'intervention. En réalité pour le chirurgien habitué aux manœuvres endobuccales et *s'étant exercé spécialement*, elle ne présente pas beaucoup plus de difficultés que l'intervention à

ciel ouvert. Elle peut se faire sans aucun orifice extérieur. Au besoin cependant une piqûre d'aiguille dans les parties molles permet le passage plus facile du fil conducteur de la scie à chaîne ou de la scie de Gigli.

En cas de coincement, quand la section est déjà amorcée, la pince de Liston achève la section généralement sans éclats. Si la section osseuse est peut être un peu plus longue qu'à ciel ouvert, l'absence de tout organe dangereux, facial ou vaisseaux, permet d'aller relativement vite quant à ce qui est des parties molles. Ce sont là les données résultant de nos recherches faites à l'amphithéâtre sur plusieurs sujets

Pendant la section osseuse, surtout de la branche montante, avoir soin de protéger les lèvres par des écarteurs appropriés.

2° L'intervention endobuccale est-elle réellement indiquée, de préférence à l'ablation par voie externe, dans certains cas ? Oui, à notre avis et pour plusieurs raisons. Dans un but esthétique, chez des femmes (où le cancer buccal est à la vérité bien rare) ou chez des enfants (pour ostéo-sarcome) qui ont toute une vie devant eux; chez des diathésiques, des diabétiques, dont les sutures, baignées le plus souvent par les sécrétions buccales malgré la réunion en plusieurs plans, cèdent si facilement; chez les bronchitiques, car l'absence de communication de la plaie buccale avec une plaie de surface souvent infectée rend plus rare la broncho-pneumonie, écueil habituel des interventions de ce genre, surtout, si dès les premiers jours, on fait des lavages buccaux avec de l'eau oxygénée diluée, le sujet ayant la tête en bas, la bouche vers le sol. On élimine ainsi les sécrétions putrides qui, mal dégluties, risquent d'infecter le poumon. Mais, pourra-t-on nous dire, il y a grand risque de ne pas être complet. Pas beaucoup plus à la vérité que par la voie externe, car même en cas de cancer étendu, on se trouve, l'os enlevé, en présence d'une cavité buccale très agrandie et d'exploration facile, avec un éclairage intense et de bons écarteurs. La voie buccale nous paraît en tous cas indiquée, pour les néoplasmes relativement limités, alors que le malade hésitant refuse une opération à cicatrices trop visibles et perd ainsi un temps précieux, et pour les cancers étendus, chez les bronchitiques, diabétiques, etc., chez lesquels il faut à tout prix limiter les risques d'infection locale ou pulmonaire.

3° Deux mots enfin de l'anesthésie. En attendant que nous ayons un procédé pratique d'anesthésie intra-veineuse, permettant de tenir à distance ce gêneur infectant qu'est l'anesthésiste, les opérations sur la tête et les cavités sont toujours rendues difficiles par ce petit jeu de l'opérateur et de l'anesthésiste rentrant en scène tour à tour. Dans son rapport de l'an dernier sur l'anesthésie locale en laryngologie, notre maître et ami le Docteur Luc insistait sur l'utilité, presque la nécessité de l'anesthésie

locale pour les opérations sur la face et ses cavités. Partisan déclaré de cette anesthésie locale, nous croyons cependant que chaque fois qu'il s'agit non seulement d'une intervention sujette à surprises, mais encore de section d'un os épais, l'anesthésie générale conserve encore ses droits, tout au moins pour le seul temps de la section osseuse, mais qu'il est préférable dans ces cas de recourir à un agent moins nocif que le chloroforme, en l'occurence, le chlorure d'éthyle. Et pour un cancer intéressant le maxillaire inférieur, nous formulerions ainsi les divers temps de l'opération et de l'anesthésie :

a) Ablation de ganglions, de la glande sous-maxillaire, ligature de la linguale ou de la carotide externe, dans un premier temps, avec infiltration cocaïnique.

b) Dix à quinze jours après, ablation du cancer. Incisions préalables endobuccales et mise en place de scies à chaîne ou de Gigli, après anesthésie cocaïnique ou par infiltration. Puis, sous anesthésie générale au chlorure d'éthyle (qui disparaît entièrement de l'organisme en un temps très court), sections osseuses et terminaison de l'opération.

Dans ces interventions sur la bouche, des trois ennemis qui font de ces actes opératoires des manœuvres à technique parfois mouvementée, restent, l'anesthésie mise à part, le poil et la salive, sources d'infection. Le poil, sauf chez quelques récalcitrants, peut le plus souvent être éliminé. Quand à la salive et aux sécrétions buccales, elles ne sont réellement dangereuses au point de vue infection que dans les jours qui suivent, lorsqu'un côté de la bouche et du pharynx immobilisé transforme ce vestibule en une sorte de cavité close, où stagnent des sécrétions putrides. Le meilleur antidode consiste évidemment en des lavages précoces à l'eau oxygénée diluée, la tête en bas, la bouche dirigée vers le sol, lavages répétés deux à quatre fois par jour, éliminant les sécrétions purulentes, les empêchant d'être dégluties et surtout d'aller infecter un poumon mal gardé par une fonction de déglutition en état d'infirmité temporaire. En somme, complétant notre rapport « Sur le traitement des tumeurs du pharynx par voie buccale », fait en collaboration avec notre ami le Docteur DURAND, nous estimons que dans certains cas de tumeurs macroscopiquement délimitables, et chez des diathésiques, bronchitiques, diabétiques, est indiquée l'ablation par voie endobuccale d'un cancer de l'isthme du gosier, même quand il exige le sacrifice d'une partie du maxillaire inférieur. Il est préférable dans ce cas de faire l'opération en deux séances, espacées de 10 à 15 jours et de ne recourir à l'anesthésie générale, faite de préférence au chlorure d'éthyle, que pour le temps des sections osseuses.

OREILLES

Sur un cas de Mastoïdite de Bezold

Relation d'un cas de mastoïdite, suite d'otite grippale, mastoïdite opérée une première fois à Paris. Six semaines après, abcès de la région mastoïdo occipital. qui est ouvert et draîné. Malgré l'incision, persistance et aggravation des signes locaux, altération de l'état général symptômes d'infection grave. Le malade, vu par nous à ce moment, est antrotomisé à nouveau (antre comblé par tissu fibreux sans pus). Nous ouvrons alors successivement un foyer postérieur sous-sterno mastoïdien qui file vers le cou, un foyer postérieur sous les muscles de la nuque et un troisième se dirigeant en dedans vers l'arc postérieur de l'atlas à nu dans la plaie.

Dans ce cas, lors d'une première intervention (antrotomie simple) l'infection paraissant alors bénigne et localisée, l'on s'était contenté d'ouvrir l'antre respectant les cellules de la pointe. Mais l'inflammation de ces cellules, déjà infectées, évoluait pour son propre compte, amenant une perforation au niveau de la rainure digastrique d'où infection de la loge sterno-mastoïdienne et des muscles de la nuque avec phlegmon occipito-cervical étendu.

Cette observation comme beaucoup d'autres du même genre montre, la nécessité de l'intervention précoce dans tous les cas de mastoïdite extériorisées de la pointe, car trop souvent la lésion cervicale constatée et qui conditionne l'état profondément infecté du malade n'exclut pas la perforation fréquente de la corticale interne avec ses suites.

Ostéites et Périostites isolées du Temporal

par P. JACQUES (de Nancy) et F. GAULT (de Dijon)

Rapport présenté au Congrès de la Société Française de Laryngologie (Mai 1910)

Par périostites et ostéites isolées du temporal, nous pourrions entendre toutes les inflammations de cet os, ou de son revêtement, sans lien apparent ou réel avec une infection préalable de l'oreille moyenne

Pourtant, s'il est illusoire de prétendre à créer, en se basant sur l'anatomo-pathologie, une catégorie d'ostéopériostites indépendantes de

la caisse, il est légitime de grouper les faits assez nombreux où cette indépendance s'est affirmée par une évolution propre, aboutissant à la guérison après une intervention limitée au foyer superficiel. De la comparaison de ces derniers faits peuvent résulter, à défaut de certitude pathologique, de précieuses indications pour la pratique journalière de notre art.

Aussi estimons-nous avantageux d'opposer dans notre travail aux *ostéopériostites primitives vraies*, le groupe des *ostéopériostites cœxistant avec une otite actuelle ou éteinte*, *mais évoluant à la manière de foyers entièrement isolés* et susceptibles de céder aux moyens thérapeutiques locaux. Laissant de côté, du reste, les ostéites profondes développées aux dépens de groupes cellulaires aberrants, nous envisagerons uniquement les accidents de surface, groupés autrefois sous la rubrique de « périostites mastoïdiennes » et caractérisés essentiellement par ce fait clinique qu'ils cédent au simple débridement du périoste avec drainage suffisant.

Ainsi pourrons-nous répondre à la préoccupation de pratique qui a inspiré le choix du sujet proposé pour notre rapport.

Nous envisagerons donc dans un premier chapitre les *ostéopériostites primitives d'origine externe* (traumatique) *ou interne* (hématogène : tuberculeuses, syphilitiques, etc.).

Dans un deuxième chapitre, nous parlerons des *ostéopériostites isolées* de nature inflammatoire, lésions de surface dues aux microbes banaux de la suppuration, *en rapport plus ou moins apparent avec les infections otiques*.

Les ostéites et les périostites du temporal peuvent évoluer à titre isolé, par rapport aux cavités de l'oreille, dans deux catégories de cas :

1° Quand elles relèvent d'une cause traumatique locale ou d'une infection générale. Elles peuvent être dites alors à proprement parler *primitives*, c'est-à-dire sans lien aucun de causalité avec l'infection auriculaire ;

2° Quand elles évoluent sur un temporal, siège récent d'une otite actuellement guérie. Il s'agit alors d'accidents ostéopériostiques non plus protopathiques ou hématogènes, mais simplement *isolés*, c'est-à-dire évoluant isolément par rapport à l'otite causale et susceptible d'un traitement indépendant.

Parmi les ostéites et périostites primitives vraies, celles qui succèdent à un *traumatisme* septique sont très exceptionnelles. N'appartiennent pas à cette catégorie les mastoïdites provoquées par un traumatisme aseptique, simplement susceptible de déterminer le réveil d'une infection otogène latente.

Les ostéopériostites *hématogènes* sont tuberculeuses ou syphilitiques. Ici encore il est vraisemblable que la détermination de l'infection générale sur le temporal a été conditionnée. dans la majorité des cas, par une débilité spéciale, conséquence d'infections otiques anciennes.

Parmi les ostéites et périostites **isolées**, il y a lieu de distinguer les infections profondes (ostéites ou cellulites) et les infections de surface (ostéopériostites).

L'isolement réel d'une *ostéite profonde* est impossible à établir autrement que par un évidement systématique de tout l'appareil pneumatique. Ce groupe d'accidents n'offre guère qu'un intérêt théorique.

Il n'en est pas de même des *ostéopériostites* ou *périostites*, lésions de surface, susceptibles de guérir par une intervention limitée aux seules parties molles.

Ces accidents s'observent chez les enfants et les adultes. Le transport des germes semble s'effectuer chez les premiers à travers la suture mastoïdo-squameuse; aussi le gonflement est-il surtout rétro-auriculaire. Dans l'âge adulte, la périostite mastoïdienne se présente sous forme d'une infiltration temporale à sommet inférieur et tend à la fistulisation au niveau du toit du conduit osseux. Il semble que les lésions soient dues le plus souvent ici à l'effraction tardive d'une cellulite circonscrite limitrophe du conduit.

Le diagnostic se basera principalement sur l'évolution post-otitique des accidents, sur la localisation et la forme de la tuméfaction, sur la nature pneumococcique de l'agent pyogène, sur l'intégrité des cavités mastoïdiennes constatée par les procédés physiques d'exploration.

L'expérience clinique, en montrant l'efficacité curative de l'incision simple dans nombre de faits de cette catégorie, justifie, à titre provisoire tout au moins, la pratique de cette intervention anodine dans les périostites mastoïdiennes isolées.

Note sur l'utilisation du Réflexe Cochléo-Orbiculaire pour la Surdité

(in. Presse Médicale 25 Septembre 1916)

Nous étant trouvé, à notre arrivée au Centre de laryngologie de la IVe région, en présence d'un assez grand nombre de sourds complets, de sourds partiels et de sourds douteux nous avons cherché par les expériences acoumétriques habituelles à nous faire une idée aussi nette que possible des différents cas qui se sont présentés à notre observation.

Nous nous sommes adressé aux épreuves acoumétriques classiques subjectives, basées sur les dires des malades, et trop souvent déconcer-

tantes, objectives ou réflexes qui consistent à déterminer le réflexe nystagmique par excitation rotatoire, thermique ou galvanique du labyrinthe. Ces épreuves ne nous ont satisfait qu'en partie. Les premières constituent seulement des probabilités, les deuxièmes, s'adressant au labyrinthe vestibulaire et non au labyrinthe cochléaire, décèlent seulement l'état de ce labyrinthe vestibulaire et non l'état de l'organe de Corti.

Est-il possible de déterminer des réflexes par excitation de ce dernier? Oui certes, et laissant de côté les autres réflexes qui pourraient être produits par des excitations acoustiques brèves ou durables, avec irradiation à l'un quelconque des nerfs moteurs crâniens, nous ne retiendrons que le plus connu, l'excitation du facial et, notamment, du muscle orbiculaire des paupières.

Ce réflexe est connu depuis longtemps. La pièce de 5 francs qu'on laisse tomber derrière un sourd, ou le coup de pistolet tiré à son oreille interrogent ce réflexe d'une façon un peu brutale. La sensation produite par le son, transmise à l'organe de Corti, gagne le noyau cochléaire du bulbe, s'irradie au noyau tout proche du facial, s'extériorise par la voie centrifuge du facial en déterminant une contraction des muscles peauciers de la face, mais surtout de l'orbiculaire des paupières. Cette contraction varie de l'occlusion brusque des yeux au battement à peine perceptible de la paupière. Il est certain que si ce réflexe a lieu conformément à la normale, l'organe de Corti et le nerf acoustique sont indemnes de grosses lésions. S'il y a destruction vestibulaire, le réflexe sera totalement supprimé. Si la lésion est minime il y aura hypoexcitabilité du nerf acoustique, se traduisant par un réflexe réduit, ou plutôt obtenu seulement avec un excitateur à courte distance.

Technique de la production du Reflexe Cochléo-Orbiculaire.

Pour qu'il puisse nous être utile, il faut procéder d'une façon méthodique. Chercher d'abord à l'obtenir, non avec le maximum de distance, certains sujets pouvant résister par la volonté à une excitation minime, mais avec une distance moyenne.

Pour ce faire, nous nous sommes servis comme source sonore d'une forte corne de bicyclette qui donne un son bref, intense, impératif, mais qui n'est aucunement pénible. Pour mieux déceler la moindre contraction de l'orbiculaire, nous employons une très forte loupe de 15 cm. de diamètre environ, à travers laquelle nous examinons attentivement les paupières pendant qu'un aide corne brusquement à 2 mètres environ. La corne étant sur le prolongement de la ligne bi-auriculaire, le sujet ayant l'oreille non observée, bouchée avec un tampon d'ouate imprégné de vaseline et entré dans le conduit, étant aussi isolé du corneur par une grande œillère latérale ou une planche, ou un carton vertical, l'oreille seule dépassant. Nous reparlerons plus loin des conditions

favorisantes ou retardantes de ce réflexe. Quoi qu'il en soit, voici comme les choses se présentent chez un sujet normal.

Le corneur est à 2 mètres du sujet disposé comme ci-dessus, ce dernier ayant la face bien éclairée. L'observateur, tenant la loupe de la main droite, examine les paupières du sujet, tandis que sa main gauche tenue latéralement par rapport au sourd fait des signes au corneur (un doigt levé pour corner, la main faisant signe d'avancer pour que le corneur se rapproche de 1 mètre, la main à plat pour arrêt momentané de toute excitation). Quand le corneur déclanche un son, il se produit, pour ainsi dire toujours à la première excitation, une contraction plus ou moins forte de l'orbiculaire, contraction magnifiée par la loupe de l'observateur.

Sauf dans un cas nous avons toujours observé cette contraction à la première excitation, même chez le sujet qui essaie de résister et de tenir les paupières fixes. Chez certains sujets seulement et le corneur étant à 3 ou 4 mètres. la contraction peut parfois être très minime, mais, en général, seulement dans les cas où les excitations ont été très répétées. Le nerf acoustique fortement excité se fatigue vite, de même que l'optique impressionné par une lumière très vive.

Si l'orbiculaire réagit, nous pouvons en conclure que l'arc réflexe cochléo-acoustico-bulbo-orbiculaire est libre

Il est des causes favorisantes. Une première consiste à faire compter le sujet tout haut pendant qu'on observe, de façon à distraire son écorce cérébrale de ce mouvement réflexe.

On pourrait aussi faciliter la conduction réflexe par la caféïne, la strychnine, etc., ou bien la diminuer par des bromures ou l'opium. Mais nous n'avons pas encore eu le temps d'étudier ces influences favorisantes ou retardantes, non plus que la production de ce réflexe chez le sujet muni de verres dépolis.

Quoi qu'il en soit, nous croyons pouvoir dès maintenant conclure :

« Il existe un réflexe cochléo-orbiculaire constant chez un sujet normal, obtenu par excitation de l'acoustique, et rendu plus visible par l'examen à la loupe du muscle orbiculaire des paupières. »

Etudions maintenant ce réflexe non plus chez les normaux, mais chez les sourds totaux, partiels ou douteux.

1° Surdités totales par lésions organiques. — Donnent un résultat totalement négatif (trois cas de surdité totale par méningite cérébro-spinale; un cas de surdité totale par scarlatine.)

Une sourde de 13 ans (considérée comme totale) par labyrinthite hérédo-spécifique, réagissait faiblement à un mètre. Mise en présence de ce fait, elle déclare qu'elle entendait un bruit. La conclusion s'imposait ;

chez cette malade la destruction des deux labyrinthes considérée comme totale n'était pas absolue.

2° SURDITÉS TOTALES OU SUBTOTALES PAR TRAUMATISME DE GUERRE, ÉTIQUETÉES SURDITÉS PAR COMMOTION LABYRINTHIQUE. — La plupart de ces sujets réagissent peu ou prou et ne présentent pas en réalité de surdité totale. Très souvent, surtout quand ils n'ont pas roulé de services spécialisés en services spéciaux, on décèle des vestiges plus ou moins considérables d'audition, surtout quand on fait constater à ces malades la contraction de leur orbiculaire sous l'influence du son. On arrive ainsi, à condition bien entendu de sauvegarder l'amour-propre, de laisser entendre qu'il y a probablement torpeur du nerf qui a besoin d'être réveillé, à obtenir de suite des améliorations parfois étonnantes de l'audition, qui prouvent l'origine psychopathique de quantité de ces surdités.

Notre expérience de l'avant, où nous avons vu presque aussitôt après l'accident, des séries de blessés, roulés, démolis par des torpilles, avoir une audition cependant conservée, nous fait penser que les deux organes de Corti doivent très rarement être annihilés en même temps ; alors, par contre, que toutes conditions d'un très grave traumatisme psychique sont réalisées. Qu'on remarque aussi que ces malades considérés comme ayant des labyrintes anéantis, réagissent le plus souvent à l'excitation cochléaire et à l'excitation vestibulaire (réactions nystagmiques) Ces dernières sont même chez eux très souvent normales ou presque.

Il importe avant tout de ne pas ancrer ces malades dans leur surdité, de ne pas non plus les considérer comme des simulateurs, ce qui les assure dans leur idée fixe inconsciente.

Chez tous ces malades, depuis les sourds-muets, dont certains réagissent, dont d'autres ne réagissent pas ou du moins seulement par excitation très intense jusqu'aux sourds relatifs dits commotionnés labyrinthiques chez lesquels les oreilles externe et moyenne sont souvent intactes, les réactions vestibulaires et cochléaires normales, les vertiges et bourdonnements rares, nous croyons le diagnostic de commotion labyrinthique erroné.

Il s'agit très souvent d'une surdité corticale d'inhibition, d'une fréquence très grande en cette guerre, où, d'ailleurs, sont d'une multiplicité exceptionnelle des traumas psychiques dont, en temps de paix, nous avions à peine idée (sauf dans le cas d'explosions intenses), surdité psychique dont on doit triompher, à la condition d'éviter tout moyen qui ancrerait le malade dans son hystéro-traumatisme ou son inhibition, mais, au contraire, en lui faisant constater l'évidence des réactions cochléo-palpébrales, en utilisant au besoin la rééducation auditive sans

qu'il soit absolument nécessaire de mettre en œuvre des appareils spéciaux en faisant, en somme, de la bonne suggestion thérapeutique à l'état de veille.

A l'avant, nous avons vu de 5 à 600 oreilles, en général peu après le trauma, et cependant pas un sourd traumatique total, sauf un (vu avec le Professeur CRUCHET, de Bordeaux) qui avait déjà fait un service spécialisé de la zone des armées; il était sourd depuis cinq ou six mois. Il fut guéri en huit jours par auto-constatation de son réflexe nystagmique, dont nous lui avions nettement expliqué la genèse avant épreuves, une fois que nous fûmes nous-mêmes fixés sur l'origine inhibitrice de sa surdité. A l'arrière, par contre, nous avons été frappés du nombre des sourds diagnostiqués : commotions labyrinthiques.

Pour nous résumer, nous estimons qu'un très grand nombre des surdités de guerre dites par commotion labyrinthique sont des surdités psychiques curables, *à condition d'un traitement approprié, le plus tôt possible, en milieu convenable.* Et nous avons dans la constation du réflexe cochléo-palpébral, corroborant bien souvent des réactions du labyrinte vestibulaire, normales ou voisines de la normale, une pierre de touche de très réelle valeur.

3° SURDITÉS PARTIELLES PAR LÉSIONS DE L'OREILLE MOYENNE ; RÉSULTANTES OU NON DE LA GUERRE (Otites cicatricielles, oto-scléroses anciennes, etc.).

Dans certains de ces cas, le réflexe cochléo-palpébral, après qu'on a relevé par écrit les résultats acoumétriques subjectifs, permet par comparaison de se faire très rapidement une idée assez nette du degré réel de la surdité. Ici aussi on arrive très souvent à triompher rapidement de l'exagération voulue ou plus souvent inconsciente de la gêne fonctionnelle. Et ce sont là des améliorations qui se seraient tout aussi bien inscrites, mais plus lentement parfois, au compte de tout autre moyen de rééducation employé pour mettre en évidence ce que l'on peut appeler l'audition latente.

4° SURDITÉ TOTALE SIMULÉE. — Ces sujets réagissent comme les normaux, c'est-à-dire à peu près toujours. Ils sont plus rares que les exagérateurs et peuvent être guéris souvent rapidement à condition de toujours sauvegarder l'amour-propre, de leur montrer à eux-mêmes les résultats du réflexe cochléo-palpébral, et surtout de les traiter *tôt, d'une manière appropriée et en milieu convenable.*

Pour que ces différentes expériences soient concluantes, je rappelle que plusieurs conditions sont nécessaires. Il faut que le sujet soit isolé de l'excitateur par un plan latéral, — œillère ou planchette, — qu'on tienne compte surtout de la première excitation, les suivantes étant souvent moins nettes par épuisement du nerf, ou parce que, le sujet

ayant reçu le premier choc, résiste mieux aux suivants, — que l'oreille non observée soit hermétiquement obstruée, — que l'on observe les paupières à la loupe, de préférence à l'œil nu, — il est bon aussi de répéter les expériences, — que plusieurs observateurs regardent à la fois, etc...

Etant en guerre, nous avons utilisé le premier appareil phonique venu. Evidemment, une source sonore (timbre actionné électriquement, cloche à battant, sonnerie de téléphone, etc.), dont l'intensité serait rendue variable au gré de l'observateur par microphone avec bobines de Dubois Raymond, serait préférable pourvu que le son soit bref et impératif. On apprécierait ainsi les degrés dans la production du réflexe cochléaire, en variant l'intensité de l'excitateur, mobile sur chariot.

Nous n'avons voulu, dans ces notes, qu'attirer l'attention sur un réflexe qui mérite d'être étudié, car excitant directement le nerf ou la papille acoustique (organe de Corti) dont on veut savoir l'aptitude fonctionnelle, il est susceptible de rendre aux autres, comme à nous, quantité de services dans l'interprétation du siège d'une surdité, de son degré réel, de son traitement.

A côté des épreuves acoumétriques subjectives, sujettes à caution, des épreuves nystagmiques qui interrogent objectivement le labyrinthe vestibulaire, il nous paraît de toute utilité de placer les épreuves réflexes cochléo-palpébrales (ou cochléo-orbiculaires), qui interrogent objectivement le nerf acoustique.

Quelques Considérations sur la Rééducation des Sourds de Guerre

On a beaucoup parlé des méthodes de rééducation des sourds de guerre, rééducation auditive et lecture sur les lèvres. Ces méthodes conviennent elles à tous les sourds de guerre ? Ces derniers sont-ils nombreux ? Y aura-t-il après la guerre beaucoup d'incurables justiciables de la rééducation ? Autant de questions préliminaires qu'il est nécessaire de traiter, si l'on veut apporter quelque clarté sur le sujet.

Tout d'abord n'oublions pas que sourd de guerre est un terme générique, assez vague, car il est des degrés dans la surdité et surtout des espèces. Sans prétendre présenter une classification définitive, nous estimons que, pratiquement on peut distinguer trois espèces de sourds de guerre (car nous laissons de côté les sourds par maladie, méningite cérébro-spinale, scarlatine, oto-sclérose, qui ne sont guère plus nombreux qu'en temps de paix et ne sont pas à proprement parler des sourds de guerre.

Les vrais sourds de guerre sont :

1° Les blessés ou malades du tympan et de l'oreille moyenne, par commotion, les plus nombreux.

2°) Les sourds fonctionnels par commotion, sans lésions tympaniques.

3°) Les sourds stupéfiés, fonctionnels plus sérieusement atteints, parceque présentant un syndrôme nerveux associé (stupeur, dépression, hallucination, tremblements, mutisme, inattention, etc.), signature d'une atteinte plus profonde de l'écorce cérébrale.

Les premiers étant dans l'immense majorité des cas des sourds légers ou moyens, ne sont pas justiciables de la rééducation, non plus que les sourds fonctionnels, parce que, ce sont malades qui guériront à condition d'employer les moyens psychothérapiques voulus, en milieu approprié et après auto-constatation des différents réflexes auriculaires, prouvant que leurs oreilles ne sont pas démolies et réagissent. Au lieu de les soumettre à des méthodes applicables aux grands sourds, facteur inhibitoire au premier chef, il faut au contraire les convaincre que leurs oreilles ne sont pas détruites et qu'ils guériront.

Les stupéfiés enfin rentreront en grand nombre dans la catégorie des fonctionnels, le jour où par effet d'un traitement psychotérapique approprié et du temps, leur stupeur se sera dissipée ou améliorée et une certaine attention redevenue possible. Ceux qui resteront stupéfiés seront évidemment fort peu rééducables.

Mais si par rééducation auditive, on entend le procédé qui consiste à faire répéter à un hypoacousique tel ou tel mot, telle ou telle phrase à distance variable, après l'avoir convaincu que ses oreilles réagissent au bruit, avec sons divers aux différents réflexes. Nous sommes évidemment partisans de ce genre de rééducation qui consiste à faire en somme de la bonne psychothérapie, très souvent avec d'excellents et rapides résultats, du moins si nous en jugeons par nombre de nos observations. Mais surtout alors pas d'appareils compliqués, pas d'école de sourds. Evitons la contagion et la cristallisation de surdités qui auraient tôt guéri. si elles avaient été tôt traitées et avec des moyens convenables.

La lecture sur les lèvres est utile chez les sourds totaux ou subtotaux organiques par suite de maladies infectieuses ou dystrophiques contractées pendant ou avant la guerre. Ces sourds ne sont pas en réalité bien nombreux.

Après comme avant la guerre, ils devront suivre l'enseignement de professeurs compétents et expérimentés. Ceux des institutions de sourds-muets sont évidemment tout indiqués pour tenir ce rôle.

Règle pour l'Assistance aux Sourds

Rapport à la 3e conférence interalliée pour l'assistance aux invalides de guerre. (Rome, octobre 1919.)

I. — Assistance Médicale

Avant de présenter des règles pratiques pour l'Assistance médicale aux sourds de guerre, il paraît nécessaire d'établir d'abord une classification de ces sourds qui peuvent se répartir pratiquement en quatre classes au point de vue de l'Assistance médicale. (Sourds totaux labyrinthiques — Sourds partiels consolidés cicatriciels. — Sourds partiels otorrhéiques. — Sourds compliqués ou mutilés). Nécessité aussi de s'entendre si possible sur une échelle des degrés de la surdité. Nous proposons à cet égard l'adoption faute de mieux de la classification basée sur la compréhension de la voix présentée avant la guerre par Molinié.

L'organisation pratique de l'Assistance médicale sera calquée sur celle du temps de guerre avec Centres otologiques comprenant une ou plusieurs régions. Centres chargés d'établir des fiches bien complètes, de donner aux sourds les soins médicaux ou chirurgicaux qui peuvent être nécessaires, d'organiser des consultations otologiques régulières en d'autres villes déterminées, de façon à éviter aux sourds des voyages et des pertes de temps

Les méthodes à mettre en œuvre seront pour les sourds totaux labyrinthiques, la lecture sur les lèvres pour les sourds partiels d'oreil le moyenne, des soins appropriés comme en temps de paix. pour les sourds par sténose cicatricielle du conduit la réfection avec méat très large, etc.

II. — Assistance Economique

Repose sur l'indemnité ou pension allouée par l'Etat (5 à 60 % selon la loi de mars 1919) et surtout dans l'aiguillage du sourd vers un métier approprié quand il est obligé d'abandonner sa profession antérieure (ce qu'il faut éviter chaque fois que la chose est possible). et à l'aider à réussir dans ce nouveau métier.

III. — Assistance Morale

Utile, nécessaire même, car à côté de certains sourds partiels qui n'auront pas besoin d'assistance, il y aura de grands sourds qui à une

simple infirmité sensoreille, ajouteront peu à peu un réel déficit mental. Pour ceux là, des sociétés de patronage, une union fraternelle des sourds seront utiles et aussi un centre otologique bien organisé centralisant les renseignements, documents et toutes les bonnes volontés, sous quelque forme que ce soit, de personnes acceptant ou désirant être utiles aux sourds.

NEZ, FOSSES NASALES

Sur le Traitement de l'Ozène par les Injections de Parafine solide avec Présentation d'un Nouvel Appareil

Le traitement de l'ozène par les injections de parafine a fait ses preuves entre les mains de nombreux rhinologistes. S'il est encore à cet égard des abstentionistes, ils le sont à notre avis surtout à cause de la réelle complexité de la technique opératoire actuelle.

Nous avions utilisé la seringue de Brockaert pour parafine à 45°, mais le moindre mouvement de la main qui tient le manche est très amplifié au niveau d'une aiguille très distante. D'autre part, pour pousser le cylindre un peu gros de parafine il faut actionner une crémaillère, etc.

Nous nous sommes demandés si au lieu d'augmenter la force il ne serait pas plus simple de diminuer la résistance, étant donné d'ailleurs que sous une muqueuse atrophiée on ne peut sous peine d'effraction qu'injecter peu de parafine à la fois.

C'est alors que nous avons imaginé, fait construire par la maison Simal et utilisé un appareil simplifié qui nous a donné toute satisfaction. Il a la forme d'un simple stylet de trousse et comporte un corps de pompe analogue à celui d'une aiguille de Potain dans lequel se déplace un piston. Le corps de pompe est terminé par une courte aiguille. La parafine à 45° progresse facilement par simple pression du piston.

Cet instrument stérilisable et n'effrayant pas le malade permet de piquer au point voulu et de faire avec le minimum de force et de traumatisme des injections réitérées, soit en rechargeant extemporanément la même aiguille, soit en disposant de plusieurs aiguilles préparées d'avance.

Du Traitement de l'Ozène par les Injections de Parafine à 45°

(Suite à une précédente communication)

Le but de cet article est de préciser quelques détails de technique puis de donner les résultats obtenus dans notre pratique.

1) TECHNIQUE. — Nous utilisons presque exclusivement l'aiguillle fine sans manche, préalablement débarrassée de toute parafine antérieure et toujours passée au Xylol avant chargement.

Pour le remplissage, nous utilisions autrefois de petits cylindres préparés d'avance.

Il est plus simple de pousser la matière à injection directement dans le pavillon de l'aiguille, en l'exprimant à travers l'effilure d'un tube de verre dans lequel se meut un piston de métal. D'une façon générale pour avoir une progression très douce, ne charger l'aiguille qu'à moitié, d'autant plus qu'une demie seringue suffit largement pour une injection.

Nous utilisons comme parafine celle à 45°, stérillisée à l'autoclave et conditionnée en tubes tout préparés, dont un seul peut servir pour plusieurs chargements Les injections se font principalement dans le cornet, accessoirement dans le plancher ou la cloison. Elles sont difficiles à réussir dans le cornet moyen.

Le nombre des séances d'injection varie de deux à trois par semaine. D'une façon générale, il est préférable de ne pas trop les rapprocher. On fait plusieurs piqûres à chaque séance.

2) RÉSULTATS. — A cet égard il faut considérer deux cas :

S'il s'agit de rhinite atrophique au 1er ou 2e degré, l'amélioration objective et subjective est certaine et assez rapide. Dix à vingt séances suffisent généralement. Les injections sont faciles, la parafine tient bien. S'il s'agit d'ozène au 3e degré c. a. d. avec atrophie extrême des cornets qui se présentent sous forme de moignons recouverts de nombreuses croûtes désséchées, le traitement est plus long et plus délicat. Cependant la guérison relative s'obtient dans la plupart des cas, à condition de patience de la part du malade et de l'opérateur. J'appelle guérison relative, la possibilité pour le malade de n'être astreint à faire des lavages qu'une fois par semaine au plus, sans que pendant cette période, il présente d'odeur incommodante. En outre objectivement sous l'influence des injections répétées, il y a en quelque sorte reconstitution du calibre normal des fosses nasales et par suite, disparition ou très grande diminution des croûtes.

Sur un Cas d'Adénome de la Fosse Nasale Gauche

Relation d'un cas de tumeur de la fosse nasale gauche à marche relativement lente avec absence de douleurs, rareté des hémorragies spontanées plaidant en faveur d'une tumeur bénigne. Mais l'aspect clinique, l'extension de la tumeur à toute la fosse nasale gauche pouvaient faire penser à un sarcome. L'examen histologique d'un fragment permit d'éliminer l'idée de tumeur maligne et de conclure à un adénome.

Ablation de la tumeur par voie transmaxillo faciale (ablation de la branche montante de la plus grande partie de l'os propre de l'unguis,) puis abaissement de la masse latérale gauche de l'ethmoïde par une gouge introduite horizontalement jusqu'au sphénoïde.

De l'Utilisation du Cornet Inférieur comme moyen adjuvant dans certains cas d'Urano-Staphylorraphie

Après l'urano-staphylorraphie pour division totale de la voûte et du voile, il persiste parfois une minime perte de substance à la partie tout à fait antérieure, perte de substance qui n'a aucune tendance à se combler, mais parfois au contraire augmente dans les jours qui suivent, quand, faute d'étoffe suffisante, les lambeaux sont trop peu fournis. Dans un cas de ce genre une deuxième tentative de décollement avec traction et suture ne nous donnant aucun résultat, nous avons attiré dans la plaie partie de la muqueuse du cornet inférieur droit et avons ainsi trouvé l'étoffe suffisante qui nous manquait.

Phlegmon Orbitaire consécutif à une Ethmoïdite chez un Enfant de dix-huit mois

Un nourrisson ou un jeune enfant qui présente un écoulement de pus par une seule narine, est, en général, considéré par les rhinologistes comme porteur d'un corps étranger des fosses nasales.

Si l'examen ne montre pas le corps du délit, on recherche les stigmates de l'hérédo-syphilis. Rarement l'on pense à une sinusite.

Et cependant cette dernière affection. quoique rare dans la première enfance, ne doit pas être exceptionnelle. L'observation suivante concerne une enfant de dix-huit mois, qui après huit mois d'écoulement nasal unilatéral, présente des symptômes de phlegmon orbitaire. L'examen

du nez décèle quatre jours après le début de ces accidents. des signes de sinusite du groupe antérieur. L'intervention démontre le bien fondé du diagnostic et guérit la complication orbitaire par le seul fait de l'évidement du labyrinthe ethmoïdal du côté malade.

Les quelques recherches faites à l'occasion de cette observation, montrent que la majorité des auteurs admet le développement relativement précoce des cellules ethmoïdales dès les premiers mois de la naissance. Si, au point de vue clinique, les observations de sinusite ethmoïdales sont exceptionnelles, c'est que cette affection doit parfois passer inaperçue. Dans l'observation que nous rapportons, l'affection existait depuis huit mois lorsqu'on pensa à faire examiner l'enfant, et cela à cause d'une complication orbitaire. Ces sinusites, étant en général peu graves, doivent la plupart du temps être prises par les parents pour un simple coryza.

Dans l'observation que nous rapportons, l'on n'a pas vu de fistule orbitaire ; mais l'écoulement nasal unilatéral, sans qu'il y eût corps étrangers ou signe de syphilis, le siège de la sécrétion, la dégénérescence de la muqueuse, confirmaient le diagnostic. Le maxillaire ne pouvait être mis en cause, le gonflement siégeant surtout à l'angle interne et non au plancher. D'autre part, l'évolution était celle des phlegmons orbitaires consécutifs à des sinusites ethmoïdo-frontales.

En somme, on peut établir que dans la première enfance et même chez des nourrissons, la sinusite ethmoïdale est possible automatiquement parlant, et a déjà été observée ; que cette affection (sauf les cas où elle s'accompagne de complications) a besoin d'être dépistée ; qu'enfin on doit y penser surtout dans les cas où en recherchant l'origine d'un écoulement nasal unilatéral on n'a trouvé ni corps étrangers de la fosse nasale, ni signes de syphilis.

Ethmoïdite Fongueuse Gauche

opérée par Voie Endo-Nasale

A propos d'un cas d'ethmoïdite fongueuse observée chez un jeune homme de vingt ans et se manifestant par une tuméfaction du grand angle de l'œil gauche survenue deux ans auparavant l'auteur discute les indications de l'intervention par voie endo-nasale après resection sous muqueuse, en cas de besoin de la lame perpendiculaire de l'ethmoïde, conduite suivie dans le cas particulier et les indications de l'intervention par voie orbitaire plus facile et plus rapide.

Plaquette Osseuse avec Bouton Métallique pour maintenir les Résultats après Synéchotomie

(*in Revue Hebdomadaire de Laryngologie Mars 1917*)

Les sténoses nasales traumatiques de guerre sont assez fréquentes. Pour maintenir les résultats obtenus après synéchotomie, nous nous sommes bien trouvés dans plusieurs cas de l'utilisation, quelques jours seulement après l'intervention de l'emploi d'un petit appareil composé d'une plaquette osseuse perforée maintenue par un bouton métallique narinaire perforé.

Ce bouton de modèle petit ou grand s'introduit facilement et s'enlève de même. C'est une petite sphère métallique creuse perforée de trous concentriques tangents Employée seule, elle constitue un excellent dilalateur très simple et plus pratique que la plupart des appareils employés pour lutter contre les troubles respiratoires dus aux sténoses narinaires

---

LARYNX

Recherches sur l'Anatomie Fine des Régions Glottique et sous Glottique du Larynx de l'Homme

Ces recherches ont été entreprises pour tenter d'élucider divers points encore contestés de l'histologie de l'organe vocal humain. L'auteur pour écarter l'influence modificatrice des irritations professionnelles ou pathologiques, s'est adressé à des organes d'enfants choisis indemnes autant que possible du côté des voies aériennes supérieures. L'âge des sujets examinés a varié de trois mois à quatre ans.

Ci-dessous résultats de ces recherches préliminaires concernant l'épithélium, les crêtes papillaires, les glandes, les ganglions nerveux.

1) Epithélium. — Le schéma de Rheiner comporte des exceptions étendues. Ainsi la limite inférieure de la région pavimenteuse au-dessous du ruban vocal, fixée généralement à un millimètre et demi ou deux millimètres du bord libre peut s'abaisser considérablement. Deux fois chez des sujets de quatre et dix mois respectivement le revêtement

épithélial conservait les caractères pavimenteux plus de un centimètre au-dessous de l'orifice glottique et toutefois la disposition régulière des assises cellulaires, dont les éléments s'aplatissent superficiellement, n'existait guère que dans le tiers supérieur de cette étendue : au-dessous les cellules superficielles comme les moyennes affectaient le caractère polyédrique. Il existait, il est vrai, dans l'un et l'autre cas, les signes d'un catarrhe léger avec quelques points très limités d'exfoliation épithéliale.

Cet abaissement de la limite des épithéliums paraît constituer la règle dans la région inter aryténoïdienne sous glottique. Il existerait ainsi, fait jusqu'alors non signalé et contraire au schéma de Rheiner une zône pavimenteuse inter-aryténoïdienne inférieure ou sous glottique symétrique de la zône pavimenteuse inter-aryténoïdienne sous-glottique bien connue et depuis longtemps décrite. Cette zône pavimenteuse sous-glottique n'est pas limitée à la paroi postérieure, d'ailleurs mal définie de la sous-glotte, mais s'étend au-dessous de la glotte cartilagineuse tout entière. On voit dans cette région l'épithélium pavimenteux assez épais (6 à 8 couches), au niveau de l'orifice glottique s'amincir considérablement au-dessous (3 couches), en conservant ses caractères plus bas encore, à un niveau inférieur à celui de l'articulation crico-arytédienne, se relever en prenant le type cylindrique. Malgré l'étendue et la constance apparente de ce champ pavimenteux sous-glottique postérieur, il n'existe pas à ce niveau de papilles sauf au niveau de l'interligne crico-aryténoïdien, ce fait doit être attribué sans doute à la nature cartilagineuse du substratum et à la minceur de la muqueuse.

2) Crêtes papillaires. — Leur existence a été constatée dans tous les cas, cependant elles siégeaient chez les plus jeunes sujets dans l'épaisseur du derme et n'entraînaient pas de plissement de l'épithélium.

3) Glandes. — Leur répartition et leur disposition au niveau des cordes se montrent chez l'enfant ce qu'elles ont été décrites par Fraenkel, Kauthac, Heymann et les auteurs les plus récents; la région papillaire de la glotte, si elle renferme quelques canaux excréteurs, semble totalement dépourvue de corps glandulaires.

Sur des coupes verticales sériées de la région commissurale antérieure de la corde vocale d'un enfant de quatre mois, l'auteur a rencontré presque immédiatement au-dessous de l'épithélium, au centre du stroma d'une crête papillaire moyenne, un tube glandulaire allongé suivant l'axe de la corde, courant parallèlement à son bord libre, revêtu d'une couche régulière d'épithélium cylindrique simple cilié. Sans doute il s'agit d'une formation analogue à la glande isolée décrite en cette région par N. Fraenkel, et recherchée depuis infructueusement par Heymann.

4) Ganglions Nerveux. — L'auteur a pu confirmer l'existence chez l'homme, de ganglions nerveux intra-musculaires, signalés par Geronzi chez les animaux. Toutefois, contrairement aux constatations de Geronzi, ces ganglions ont été surtout remarqués dans les parties latérales de l'inter-aryténoïdien.

Sur un Cas de Laryngectomie Totale pour Cancer du Larynx

Observation d'un malade atteint de cancer du larynx (épithélioma pavimenteux lobulé) ayant dépassé les limites de l'organe. Vu l'étendue des lésions, ce malade pouvait être considéré comme justiciable d'une trachéotomie palliative plutôt que d'une ablation large. Cependant, en raison des douleurs, de la dysphagie, de la dyspnée, nous avons cru devoir faire chez lui une laryngectomie totale.

Homme bronchitique de 58 ans, trachéotomie préalable — dix jours après ablation du larynx et de petite portion de la paroi antérieure de l'œsophage. Suites simples.

Nous insisterons sur les quelques particularités suivantes :

1° La bronchite avec expectoration purulente n'est pas forcément une contre-indication. La trachéotomie, opération relativement bénigne, peut améliorer la bronchite et l'expectoration et permettre une deuxième intervention à laquelle on renoncerait peut-être de crainte de complications pulmonaires s'il s'agissait d'opérer en un temps;

2° L'opération en deux temps, principe sur lequel insistait mon maître le Professeur Jacques, à la réunion annuelle de notre Société, il y a deux ans, est de beaucoup préférable. Elle permet de remonter le malade en lui procurant après la trachéotomie la respiration et le sommeil, tandis qu'on nourrit substantiellement à la sonde ce famélique relatif en attendant la deuxième intervention pour laquelle le choc opératoire est très diminué ;

3° La sonde à demeure genre Nélaton est très utile. La seringue de Lermoyez, toute en verre et à large embouchure, en est le complément très commode;

4° Au cours de l'opération, les temps un peu délicats sont la suture assez laborieuse de la trachée à la peau et le décollement œsophagien, à cause des troubles de la respiration ;

5° La boutonnière œsophagienne, si elle se produit, retarde évidemment la cicatrisation, mais n'est pas très grave. Elle exige seulement

de plus grands soins consécutifs si possible et la multiplicité des pansements. La possibilité de cette boutonnière ne doit pas faire craindre le sacrifice large des parties douteuses. Dans le cas qui nous occupe, nous avons été aussi peu économes que possible, étant donnée l'étendue des lésions. Mais la gouttière œsophagienne persistant, on peut toujours reconstituer ultérieurement le canal, soit avec l'œsophage lui-même, soit avec la peau doublée des tissus périœsophagiens.

Considérations sur le Traitement Opératoire immédiat des Spasmes graves du Larynx

Il arrive dans de rares cas qu'au cours d'intervention sur les voies respiratoires supérieures ou d'anesthésie générale, le chirurgien ait à faire à spasme subit et persistant du larynx faisant craindre une mort prochaine. En pareille circonstance, après avoir épuisé les petits moyens médicaux dont il dispose, flagellations, tractions rythmées de la langue, etc..., il lui reste comme ressources le tubage ou la trachéotomie, moyens souvent peu pratiques, exigeant, le premier, une instrumentation pour ainsi dire préparée d'avance, le deuxième un temps souvent encore trop long parfois, malgré les procédés rapides.

Nous étant trouvés il y a quelques mois en face d'un incident de ce genre, nous avons eu recours à un moyen qui nous donna toute satisfaction. Moyen très simple qui à notre avis mériterait d'être plus employé.

Un homme de 39 ans présentant un adéno-phlegmon du cou avec accidents dûs à la dent de sagesse est endormi au chlorure d'éthyle. L'abcès est incisé. Un dentiste pratique l'extraction. A ce moment la respiration s'arrête, le malade se cyanose, devient presque noir. Nous pratiquons des tractions rythmées sans résultats. La cyanose s'accentue et la mort paraît prochaine. Voulant éviter la trachéotomie et pensant d'ailleurs vu l'imminence du danger de mort ne pas arriver assez tôt à rétablir le calibre laryngien, nous prenons une pince pharyngienne que nous essayons d'introduire entre les cordes vocales sous le contrôle du doigt, pour en écarter ensuite les mors. Mais même en élevant très haut la main, les mors ne descendent pas assez bas. Saisissant alors dans notre arsenal, un tube de SCHROTTER creux, en ébonite, d'environ douze millimètres dans son diamètre maximum, nous l'introduisons jusqu'au larynx sous le contrôle du doigt et, après un léger temps d'arrêt, parvenons à lui faire franchir la glotte et à l'engager dans la trachée. Presque aussitôt le bruit spécial. au pavillon du tube, nous avertit de la rentrée de l'air dans la poitrine et que tout péril est

conjuré. Nous laissons le tube en place et ne le retirons qu'après quelques minutes, le malade ayant repris connaissance. Le spasme ne se reproduisit pas.

Cette introduction sous le contrôle du doigt chez un malade endormi et asphyxique se fait d'une façon extrêmement simple et rapide, exigeant à peine quelques secondes. Ces cas de spasmes chloréthyliques ne sont point absolument des raretés, sans présenter en général ce caractère de gravité, et il nous est arrivé deux autres fois, au cours de la narcose chloréthylique d'observer des spasmes moins graves, il est vrai, qui cédaient aux tractions rythmées de la langue.

En la circonstance et abstraction faite du procédé que nous avons employé, nous estimons que seule une trachéotomie eut sauvé le malade. Quand nous considérons et l'ennui de cette dernière intervention et le temps relatif qu'elle exige, même faite en un temps ou avec le procédé excellent de la canule trocart de BOTEY, nous estimons que le tubage par voie supérieure avec l'appareil unique et simple que constitue le tube de SCHROTTER, devrait toujours être employé dans les cas où il est nécessaire de lutter contre un spasme subit.

Cette pratique présente les avantages d'une très grande facilité, d'un minimum de traumatisme et sur le tubage avec l'instrumentation de O. DWYER, d'une simplicité instrumentale qui, en l'occurence conditionne la rapidité et par conséquent le succès dans les cas ou l'accès de l'air dans les voies respiratoires exige un rétablissement immédiat. Dans tous les cas de spasmes aigus de la glotte, surtout opératoires, le procédé devrait toujours être utilisé avant la trachéotomie qu'il éviterait bien souvent.

Sur un Cas de Tumeur Papillomateuse du Larynx

Il s'agissait d'une néoplasie d'aspect polypeux chez une femme de 36 ans, déterminant des accès répétés de dyspnée.

Ablation faite à la pince. L'examen histologique montre une stucture fibro-papillomateuse.

A propos d'un Cas d'Hémi-laryngectomie

La trachéotomie préalable, nous paraît encore plus indiquée dans l'hémi-laryngectomie que dans la totale. Cette trachéotomie sous cocaïne, pour celui qui en a quelque pratique, est extrêmement simple, et quand, dix ou quinze jours après, on intervient pour l'ablation de l'organe, le poumon n'est plus soumis à ce véritable traumatisme cause d'infection, que constitue malgré tamisage par tarlatane l'arrivée d'un

air froid. Dans les quelques cas de laryngo-pharyngectomie qu'il nous a été donné de pratiquer, nous n'avons eu qu'à nous louer de ce modus faciendi.

Dans l'hémi, comme dans la totale, il est en général facile, avec quelques précautions, d'écarter la pénétration de sang ou de salive dans la trachée au cours de l'opération.

Pour empêcher le pertuis médian antérieur, au niveau de la ligne de suture médiane, pertuis qui persista quelque temps chez notre client, nous croyons qu'on a tout intérêt à substituer le volet latéral unique aux deux petits volets qui donnent plus difficilement une réunion par première intention.

L'alimentation à la sonde œsophagienne en gomme, à parois minces, n° 22 ou 24 de Charrière. qui se termine vers le milieu de l'œsophage, gêne peu le malade et permet de le sustenter à toute heure dès le deuxième jour. La seringue en verre de Lermoyez, d'une contenance de 50 grammes, est très pratique pour ingurgiter dans du lait ou du bouillon comme véhicule, des œufs, purées de légumineuses, ou même des hachis.

Les précautions antipneumoniques sont encore plus indiquées dans l'hémi-laryngectomie que dans la totale, où, dès le premier jour, les voies respiratoires sont séparées des voies digestives, tandis que dans l'hémi, et jusqu'à la cicatrisation, existe dans la première quinzaine un véritable cloaque supérieur.

Bien entendu les petites précautions habituelles, température égale, air humidifié par les vaporisations, installation d'huile de vaseline stérilisée, élimination de l'expectoration, etc..., sont de mise comme dans toutes les opérations faites en cette région..

Sur la Technique de la Rééducation dans l'Aphonie Nerveuse

Exposé de la technique suivie basée sur l'obtention du premier son, voyelle E, qu'on développe ensuite par travail sur les voyelles puis en syllabes scandées.

Considérations sur l'Etiologie, le Diagnostic et le Traitement des Aphonies et Dysphonies avec ou sans Lésions Inflammatoire

1) La dysphonie observée au décours des inflammations laryngées est conditionnée et par la gêne mécanique dûe aux lésions de la muqueuse et par des troubles directs de la motilité.

2) Les troubles de la motilité sont habituellement rapportés à des parésies diverses par propagation de l'inflammation de la muqueuse aux muscles sous-jacents. Il s'agit en réalité le plus souvent, non de parésie, mais d'un déséquilibre de la motolité dû aux efforts exagérés inconscients faits par le malade pour se servir d'un larynx déficient.

3) La preuve en est, et cette preuve conditionne et le diagnostic et le traitement, l'amélioration très rapide du son, et l'image laryngée obtenue, quand par réflexes ou moyens appropriés on réduit les contractions au minimum nécessaire. Et cette recherche doit être faite quand chez un malade jeune ou d'âge moyen, une laryngite a frigore ne guérit pas dans les délais habituels, alors que le malade n'est plus soumis aux causes courantes d'irritation laryngée, qu'il ne présente aucune lésion des voies respiratoires sus ou sous-jacentes, qu'il n'est ni spécifique (syphilitique ou bacillaire), ni diathésique, etc...

ŒSOPHAGE, BRONCHES

Œsophagoscopie et Electrolyse dans un Cas de Rétrécissement Œsophagien

En octobre 1906, l'enfant A.. C.. , avale par mégarde de la potasse Dans la suite, dysphagie, vomissements, amaigrissement. Un an après l'accident, la mort paraissant prochaine, notre confrère le Docteur Louvet est appelé auprès du petit malade et parvient à lui passer des bougies progressives jusqu'à un 23 de Charrière. Treize mois après l'accident, première électrolyse circulaire faite par le Docteur Louvet, avec des olives de 8 et 9 millimètres (10 à 15 millimètres ampères, durée 4 à 5 minutes pour chaque olive.) Les olives permettent de constater trois rétrécissements, à 22 centimètres des arcades dentaires, à 24 centimètres, le dernier, au voisinage du cardia. Deux mois après, nouvelles séances d'électrolyse, la dernière avec une olive de 13 millimètres de diamètre. A la suite de ce calibrage, et en trois mois, le poids était remonté de 18 à 30 kilogrammes.

Mais treize mois après la dernière électrolyse, l'enfant s'étant refusé à se laisser passer des bougies, la sténose se reproduit avec amaigrissement. Le Docteur Louvet nous prie alors de pratiquer une œsophagoscopie. Avec un tube de 9 millimètres, nous franchissons les deux

premiers rétrécissements, mais sommes arrêtés au troisième que nous ne pouvons franchir. Vingt jours plus tard, après appui d'un porte coton imbibé de cocaïne adrénaline au niveau de ce troisième rétrécissement, nous parvenons à franchir et à amorcer le passage de fines bougies, puis passage de bougies de plus en plus volumineuses et enfin dernière électrolyse de ce troisième rétrécissement avec une olive de 13 millimètres de diamètre. Depuis l'enfant mange bien, a repris son poids et son entrain. On lui repasse de temps en temps des bougies de 10 à 12 millimètres de diamètre.

Nous terminerons l'exposé de ce cas par les quelques considérations suivantes :

1) Utilité de l'électrolyse procédé peut être trop négligé qui à elle seule donnait tout d'abord entre les mains de notre confrère dans un cas presque désespéré, un résultat immédiat excellent, lequel très probablement se serait maintenu si l'enfant avait consenti à se laisser passer des bougies à intervalle ;

2) Souplesse de la muqueuse au niveau des rétrécissements électrolysés. Dans ces points, en effet, le paroi était souple, acceptait facilement un tube de 9 millimètres et aurait très certainement toléré un tube de 13 millimètres si ce calibre n'avait été un peu gros pour faire le ngagement au niveau du cricoïde chez un enfant de douze ans ;

3) Utilité, dans les cas de ce genre, de l'œsophagoscopie, qui permet d'associer aux renseignements très utiles fournis par le toucher ceux de la vue et de mettre en œuvre les moyens suggérés par telle ou telle lésion constatée, en l'espèce la cocaïnadrénalisation, qui permet l'amorçage du rétrécissement réfractaire par de très fines bougies et sa guérison dans une séance ultérieure d'électrolyse.

Trois Cas de Corps Etrangers de l'Œsophage et des Bronches

Par Gault (de Dijon)

Les cas d'œsophagoscopie et de bronchoscopie sont aujourd'hui de pratique courante. Il importe cependant de publier ceux qui ont trait à des corps étrangers, car souvent encore, on propose au malade, avant l'œsophagoscopie, une œsophagotomie, moyen extrême qui, sauf pour des corps étrangers très volumineux, ou très irréguliers, devrait constituer l'ultime ressource, après échec des autres moyens, au premier rang desquels, il faut placer l'œsophagoscopie.

C'est pourquoi, parmi bien d'autres, nous croyons utile de publier les trois cas suivants.

Cas I. — Enfant S., 4 ans, avale un sou que ne peut ramener le crochet de Kirmisson. Le sou reste enclavé une dizaine de jours, est visible par radioscopie à la portion moyenne de l'œsophage. En raison de l'insuccès des tentatives d'extraction par les voies naturelles, on propose l'œsophagotomie. La famille, s'y refusant, l'enfant nous est adressé. Nous passons sous chloroforme un tube de 7 millimètres et pratiquons l'extraction du sou.

Cas II. — Mme V... de C., 55 ans, tandis qu'un médecin explorait son œsophage, pour troubles dysphagiques avec une sonde n° 20 de Charrière, fait un mouvement. La sonde casse près de son extrémité supérieure, échappe et ne peut être reprise. Une radiographie faite les jours suivants par un confrère d'une ville voisine montre l'extrémité supérieure de la sonde un peu au dessous du larynx, on lui propose l'œsophagotomie, qu'elle refuse. Elle nous est alors adressée, 14 jours après avoir avalé la sonde. En position assise, nous passons sous cocaïne un tube de 13 millimètres et, à 6 centimètres du cardia apercevons l'extrémité supérieure de la sonde. Nous saisissons cette extrémité avec une pince de Brünings et retirons à la fois et le tube et la sonde. Cette dernière avait donc notablement progressé vers le cardia dans les 8 jours qui avaient séparé la radioscopie de l'œsophagoscopie.

Voici maintenant un cas de corps étranger dans une bronche, que nous ne citons que pour montrer combien l'extraction eût été plus facile, si l'enfant avait pu être examiné de suite et le corps étranger enlevé avant gonflement par imbibition et enclavement.

Cas III. — Enfant S..., 5 ans, de L..., près Châtillon, avale un haricot le 28 mars 1912. Aussitôt, crises de syncopes, cyanose, etc. Les phénomènes s'amendent, mais série de nouvelles crises de dyspnée. L'enfant est adressé à notre service de laryngologie à l'hôpital. A l'auscultation, le poumon droit ne respire pas. En dehors des accès l'enfant est calme. Pas de fièvre. Examen laryngoscopique négatif. Vu les crises répétées de spasmes, l'absence de murmure vésiculaire à droite, nous pensons que le haricot (un assez gros haricot blanc, paraît-il) à dû s'engager dans la bronche droite. Deux jours après, sous chloroforme, nous essayons une bronchoscopie supérieure, avec un tube de 7 millimètres. Mais des spasmes surviennent, l'enfant se cyanose, devient presque noir, et nous devons rétablir la respiration par le tubage péroral du larynx, au moyen du tube de Schrotter. Nous laissons se réveiller l'enfant et pratiquons une trachéotomie sous cocaïne.

Le lendemain, avec un tube de 9 millimètres, nous explorons la trachée, puis la bronche droite. A la naissance de la première division bronchique, nous voyons une masse blanchâtre, constituée par le haricot fixé et légèrement engaîné par la muqueuse. Avec des pinces de

Brünings et un crochet fait extemporanément, nous essayons de mobiliser le haricot, ce qui est impossible. Nous procédons alors à l'extraction par morcellement, et libérons ainsi la lumière de la bronche. Temps très laborieux fait sous cocaïne et qui demande environ 1 heure. Dès le premier jour, la respiration se rétablit à droite. Deux jours après, fièvre, légère dyspnée et symptômes de broncho-pneumonie qui reste toujours localisée à droite. Traitement par l'électrargol, les toniques, les enveloppements froids.

L'état général cependant ne fut jamais mauvais. Défervescence, vers le douzième jour. Ablation de la canule trachéale au quinzième jour. Sortie de l'hôpital par guérison 20 jours après l'entrée.

Trois Cas de Corps Etrangers des Premières Voies Respiratoires

(In, Bourgogne Médicale, Novembre 1920.)

De ces corps étrangers, l'un une balle de petit calibre siégeait en dedans de la branche montante du maxillaire inférieur, l'autre une coquille de moule dans l'hypopharynx, le troisième une canule à trachéotomie dans la bronche droite.

1er Cas. — Jeune homme de 17 ans, atteint d'une balle de revolver de petit calibre, tirée par un camarade. Orifice d'entrée, joue gauche. Pas d'orifice de sortie. Un croquis radioscopique montre le projectile à un centimètre en avant du bord postérieur de la branche montante du maxillaire inférieur, à droite, à un centimètre au-dessous du col du condyle.

Incision de trois centimètres, parallèle et en arrière de branche montante, sous cocaïne. Après reconnaissance de la branche cervico-faciale, l'exploration à la sonde cannelée, puis au doigt, ne révèle aucun corps étranger. La sonde sous radioscopie reste distante du projectile qui en réalité siégeait beaucoup plus en avant que ne l'indiquait le croquis. La sonde introduite alors par la bouche au sommet, l'ogive de la fossette amygdalienne droite paraît, sous radioscopie, prendre contact avec le projectile, sans le mobiliser cependant.

Le lendemain, sous narcose chloréthylique, ablation de l'amygdale droite d'un coup de pince et au doigt, exploration de la loge. Rien. Alors par la bouche incision au bistouri sur le bord antérieur de la branche montante, de trois centimètres, exploration du ptérygoïdien interne sur ses deux faces. Finalement le projectile est senti à la face interne du muscle où il est engaîné dans les fibres musculaires, d'où

impossibilité de le ramener avec une curette de VOLKMANN. Au moment où on s'apprêtait à le saisir de visu à travers un spéculum à bec de canard, il tombe dans la bouche et est évacué par les selles au septième jour.

2e CAS. — Enfant de quinze mois, attire à lui des coquilles de moules sans être remarqué, à la suite dyspnée tirage dysphagie. Par laryngoscopie directe, et lors d'un effort de l'enfant, nous apercevons une petite pointe noirâtre derrière les aryténoïdes, reconnaissons au doigt une écaille de moule que nous ne pouvons enlever avec une pince sans risquer de la briser. Introduisant alors franchement l'index droit derrière les aryténoïdes, nous parvenons à désenclaver l'écaille, transversalement située, et à la rejeter dans la bouche d'où nous l'extrayons aussitôt. Elle était de forme quadrangulaire et présentait environ deux centimètres sur dix-huit où vingt millimètres.

3e CAS. — M. G..., 67 ans, avait été trachéotomisé à Chaumont quelques mois auparavant pour sténose laryngée, suite du laryngo typhus.

Dans les premiers jours d'août 1919, le tube de la canule se détache du pavillon et tombe dans la trachée. Orage dyspnéïque immédiat puis tolérance relative avec alternances de crises dyspnéïques. Il est adressé à notre service pour bronchoscopie, que nous pratiquons sous cocaïne le 11 août avec l'assistance de notre confrère, le Docteur Gabriel ROY.

Nous passons un tube de 13 millimètres jusqu'à la bifurcation trachéale et apercevons dans la bronche droite le tube canulaire facile à reconnaître, arrêté à la première bifurcation bronchique. Après l'avoir fait basculer légèrement pour faciliter la prise, nous le saisissons entre les mors d'une pince de BRUNINGS et, ne pouvant l'engager dans le tube, retirons à la fois et la pince prenante et le tube. Mais arrêt à la boutonnière trachéale que nous n'avions pas jugé nécessaire d'agrandir. Nous dûmes lâcher la canule, sortir le tube, puis ressaisir la canule avec une pince et l'extraire en forçant légèrement et sans faire de débridement.

Suites simples. Le malade est pourvu d'une autre canule. Il remet à plus tard la laryngostomie que nous lui proposons pour l'empêcher de rester canulard et repart pour Chaumont le 8 septembre 1919.

CRANE, COU, MÉDIASTIN

Sur un Cas de Médiastinite Syphilitique

Par les Docteurs GAULT et LUCIEN, de Dijon

Un jardinier de 40 ans nous est adressé par notre confrère le Docteur LUCIEN présentant un enrouement remontant à trois semaines, avec amaigrissement et faiblesse générale. Il présentait une parésie de la corde vocale gauche sans signe du côté de l'aorte. Revu quatre mois plus tard, il avait une paralysie complète de la corde vocale gauche, œdème considérable de la paroi thoracique à gauche et seulement, et de tout le membre supérieur gauche qui presque doublé de volume est difficile à manier, en raison de ce gonflement. En outre, circulation veineuse sous-cutanée très développée sur la paroi thoracique à gauche et sur le membre supérieur gauche. Ganglions à la partie inférieure du triangle sus-claviculaire gauche. Les signes allaient en augmentant.

Ces signes indiquaient une tumeur du médiastin, néoplasme malin, plutôt qu'adénite tuberculeuse, étant donné le développement rapide. Cependant en raison d'antécédents spécifiques avoués, remontant au service militaire. nous établissons un traitement mixte qui amène régression de tous les symptômes, sauf persistance de la paralysie de la corde vocale gauche.

A part la paralysie récurentielle gauche, la symptomalogie consistait surtout en trouble par compression veineuse à siège médiastinal. Vu l'intégrité du côté droit, la veine cave était hors de cause, et, seuls le tronc veineux brachio-céphalique gauche ou la sous-clavière étaient intéressés. De l'absence d'œdème ou de circulation veineuse ou collatérale du cou et de la face, devons-nous conclure à l'intégrité du tronc veineux brachio-céphalique et incriminer la sous-clavière. Non, à notre avis. Une ligature de la jugulaire interne chez un sujet relativement jeune, au cours d'une trombo-phlébite du sinus latéral s'accompagne en général, grâce aux suppléances, de peu de troubles circulatoires. Et cependant, en ce cas il s'agit d'une lésion brusque et non progressive. D'autre part, les paralysies récurentielles sont rarement causées par compression de ganglions sus-claviculaires, même comprimant les

régions voisines... C'est dans le médiastin que siège habituellement la compression. Enfin, pour obtenir la stase veineuse il faut un obstacle sérieux, et des ganglions sous-claviers pouvant se développer librement vers le dehors sont d'importance bien relative. Pour toutes ces raisons, l'obstacle devait siéger dans le médiastin antérieur et supérieur, ou, vu le manque de place, la moindre tumeur réalise des compressions. au niveau du tronc veineux brachio-céphalique qui, comme on le sait, va derrière la fourchette sternale, de l'articulation sterno-claviculaire gauche à la tête du premier cartilage costal droit.

Cette question si confuse encore des médiastinites et des affections syphilitiques ou tuberculeuses du médiastin est à l'ordre du jour depuis surtout qu'en novembre 1910, DIEULAFOY (1) a attiré l'attention sur les faits de ce genre. Ces cas étant en somme peu fréquents, il importe pour permettre une étude d'ensemble de publier tous ceux qui se présentent avec ou sans autopsie. C'est dans le but d'apporter une pierre à l'édifice que nous avons tiré cette observation de nos cartons, car, comme le disait GOUGET (2), c'est un chapitre nouveau qui doit s'ouvrir dans les traités de pathologie.

Quelques Moyens de Recouvrement des Plaies pouvant suppléer les Autoplasties

Par le Docteur F. GAULT, de Dijon.

Dans les cas d'intervention pour tumeurs malignes. dépasser les limites du mal constitue un principe incontestable. L'économie est en ces cas d'une pratique déplorable. Comme en fait de cancer le bistouri constitue jusqu'à présent notre seule véritable ressource, le chirurgien ne doit pour ainsi dire être arrêté en fait d'ablation que par les organes absolument vitaux. certains vaisseaux ou nerfs, les parenchymes viscéraux dans une mesure relative.

Il doit donc enlever sans presque s'inquiéter s'il pourra recouvrir. Les procédés d'autoplastie devront être ensuite mis en œuvre. En certaines régions, à la face et au cou, ils ont l'inconvénient d'entraîner parfois des cicatrices très disgracieuses; aussi doit-on s'efforcer de limiter les incisions faites dans un but d'autoplastie et user de procédés adjuvants dans la mesure du possible. A cet égard. on néglige trop. ce nous semble, des moyens auxiliaires tels que l'étirement de la peau, les sutures collodionnées de soutien, les agents épidermisants.

(1) DIEULAFOY, in *Presse Médicale*, 30 nov. 1910.
(2) GOUGET, in *Presse Médicale*, 22 avril 1911.

Etirement de la peau. — Habituellement, en présence d'une perte de substance à combler, on s'efforce de rapprocher les lambeaux distants qu'on suture ensuite. On opère ainsi par traction sur les parties voisines. A la traction sur les lambeaux, on peut combiner l'étirement, en procédant de la façon suivante. On saisit le bord libre d'un lambeau de peau dans les mors d'une pince longuette dépassant de quelques millimètres le lambeau par son extrémité, puis engageant l'un des anneaux d'une autre pince dans la partie de la première qui dépasse le lambeau, on fait une série de tractions brusques, dans le sens de sa longueur, de ce lambeau attiré par les deux pinces, amenant ainsi l'étirement ou la rupture des fibres élastiques cutanées. On peut ainsi gagner un ou deux centimètres et même plus, en général le cinquième de la longueur du lambeau. Nous avons, dans un cas d'épithélioma du cou récidivé, pu fermer une plaie où la traction simple des lambeaux laissait une béance impossible à combler sans autoplastie. D'autre part. de plusieurs expériences d'amphithéâtre faite avec des lambeaux de peau de longueur donnée, lambeaux que nous étirions les uns par des poids, les autres à la main comme dans le procédé ci-dessus, il résulte que nous obtenions une augmentation d'un cinquième à un sixième de la longueur totale, qui persistait, le lambeau n'étant plus soumis à l'étirement. De ces deux procédés, passif par le poids, actif par tractions brusques et réitérées à la main, c'est ce dernier qui nous a paru le plus rapide et le plus facile à mettre en œuvre sans instrumentation spéciale puisque on dispose toujours de pinces. Un écueil à signaler, c'est que sur le vivant, dans les jours suivants et chez les sujets adultes, la peau ainsi étirée par allongement ou rupture de ses fibres élastiques a tendance à revenir à ses dimensions premières et à tirer sur les sutures ; aussi croyons-nous qu'il est parfois utile d'appuyer ce procédé par des sutures collodionnées

Sutures à distance collodionnées — C'est là un procédé banal auquel cependant on a à peu près renoncé, mais qui peut rendre service dans certains cas, notamment si on a recours à l'étirement. Son abandon résulte certainement de la négligence de petits détails de technique qui en compromettent le succès. Bien entendu, un bon collodion, des surfaces bien asséchées sont de rigueur. D'autre part, il faut faire des prises larges. Enfin, au lieu de se servir d'une même gaze fixée d'abord en un point A, puis après fixation parfaite en ce point fixée à nouveau en un point B, amené par traction, il est plus simple de prendre deux gazes séparées, ayant au moins 4 à 5 centimètres de base et une seule épaisseur, puis de les fixer chacune séparément. Une fois la prise faite, ce qui demande au moins cinq minutes, attirer ces gazes l'une vers l'autre, mais parallèlement à la surface de la peau, et une fois la traction

maximum obtenue, faire un croisement des chefs de ces gazes ainsi tordues, tandis qu'un aide fixe ce croisement au moyen d'une enfilée d'aiguille. Quand on fait le pansement, un coup de ciseau sur le nœud permet de supprimer momentanément ce pont de gaze et ensuite on peut toujours par le même mécanisme appuyer plus ou moins les sutures initiales. Cette façon de faire permet un appui solide, peut se réaliser après et par dessus le pansement, enfin est amovible.

En cas d'insuffisance des moyens ci-dessus, si l'on veut combler une perte de substance même étendue sans greffe ou autoplastie, il faut recourir aux procédés d'épidermisation. A cet égard aucun agent ne nous a donné d'aussi bons résultats qu'un topique de la vieille pharmacopée, l'emplâtre VIGO qui est un sparadrap mercuriel. Il nous a rendu autrefois de tels services pour la cicatrisation de plaies atones et notamment d'ulcères de jambe rebelles jusqu'alors que nous sommes resté fidèle à son emploi pour tous les cas où il s'agissait d'épidermiser une perte de substance. A la condition de l'employer en petites bandelettes renouvelées tous les deux jours et placées sur fonds uni (égaliser au besoin les bourgeons par le nitrate), on obtient un liséré épidermique blanchâtre qui, à partir du cinquième ou sixième jour, va se développant et arrive à recouvrir complètement en une à trois semaines des placards parfois très larges.

L'emploi de ces moyens de petite chirurgie, à notre avis trop négligés aujourd'hui, étirement, sutures collodionnées à distance, agents épidermisants, permet, notamment pour les parties découvertes, tête et cou, et surtout chez la femme, d'éviter ces grandes incisions libératrices de lambeaux, toujours si disgracieuses et qui, acceptées à la rigueur au moment de l'opération ou après, le sont parfois moins quand le temps faisant son œuvre éloigne dans les cas heureux la préoccupation dominante du début, celle d'une éradication large, laissant subsister l'ennui de traces opératoires trop visibles.

Du Traitement des Hémorragies des Gros Vaisseaux du Cou par Voie Endopharyngée et Voie Externe Combinées

Les hémorragies par plaies des gros vaisseaux du cou sont en général immédiatement justiciables, d'abord de la compression sur le tubercule carotidien, puis des ligatures classiques. Quand ces plaies sont très hautes, surtout endopharyngées, les ligatures habituelles peuvent être difficiles et inopérantes, d'où la recherche de moyens permettant de lier très haut.

M. Tuffier présentait dans ces derniers temps à la Société de Chirurgie un procédé de ligature intra-pétreuse de la carotide interne proposé par Clermont, de Toulouse. Cette technique ingénieuse non employée encore sur le vivant, croyons-nous, semble un peu laborieuse et assez longue pour des cas où la rapidité prime parfois toute autre considération. C'est là, pensons-nous, une ultime ressource après échec de tous autres procédés. parmi lesquels la ligature haute endopharyngée par voie buccale de la carotide interne, procédé que nous décrivons plus loin au cours de la relation du cas suivant d'hémorragie endopharingée par plaie des gros vaisseaux du cou.

Blessé américain, 19 ans. Plaie de la face par éclat d'obus. Orifice d'entrée au voisinage de la commissure labiale à droite. A travers une plaie de la paroi pharyngée postérieure, située à deux centimètres en dehors de la ligne médiane, le doigt perçoit l'extrémité d'un éclat d'obus situé entre la styloïde fracturée et le corps des vertèbres.

Tout étant préparé pour le tamponnement pharyngé et des ligatures consécutives nous enlevons par voie buccale avec une pince cet éclat qui avait trois centimètres et demi de long sur un centimètre et demi de large. Pas d'hémorragie immédiate, le blessé est mis en surveillance.

Dix jours après, hémorragie forte par la plaie pharyngée, arrêtée par tamponnement. Son renouvellement commande l'intervention. Tandis qu'un tampon endo-pharyngé pressé sur les apophyses transverses, comprime les vaisseaux qui donnent, on lie la jugulaire interne. Vu l'impossibilité de retrouver le bout supérieur, on comprime le sinus latéral, découvert par une couronne du trépan sur le quart postéro-supérieur de la mastoïde. L'hémorragie était arrêtée. Mais vu sa répétition possible par la carotide interne, un fil d'attente est mis sur la carotide primitive qui doit être liée elle-même le lendemain. Depuis l'hémorragie n'a plus reparu et le blessé est sorti par guérison quelques semaines plus tard.

Voilà donc un cas bien supporté de ligature de la carotide primitive, mais chez un sujet jeune à artères élastiques et ayant eu probablement suppléance vasculaire cérébrale suffisante pendant les quinze jours qui ont séparé la blessure de la ligature. L'hémorragie ne s'est plus reproduite. mais théoriquement elle était encore possible par le bout distal non lié de la carotide interne. Vu la hauteur de la plaie, nous ne pouvions guère songer à lier aussi haut par voie présterno-mastoïdienne.

Dans un cas de ce genre, croyons-nous, en raison de l'arrêt de l'hémorragie par le tamponnement pharyngé chaque fois qu'il fallut y recourir, tamponnement bien fait parce qu'exécuté au Clar et avec les doigts d'un aide bien au courant, en raison des résultats que nous avions obtenus avant la guerre et depuis au cours d'interventions faites

par voie endo-pharyngée, en raison enfin des constatations faites au cours de recherches anatomiques et opératoires déjà publiées, nous croyons, dis-je, qu'un chirurgien rompu aux manœuvres endoscopiques par voie buccale, tout ou moins s'éclairant au Clar, est à même de se rendre maître par compression, forcipressure ou même ligature, par voie endobuccale, des hémorragies provenant de plaies de la carotide interne haut situées, au niveau des apophyses transverses des deux premières cervicales et en dedans de la styloïde. On peut en ce point pincer le vaisseau, au besoin même le lier par nœud glissé sur pince.

Actuellement, en présence d'une hémorragie à répétition par plaie des vaisseaux du cou dans leur partie haute sous la base du crâne, la conduite à tenir nous paraît devoir être la suivante, soit par temps successifs, soit en une même séance selon le ou les vaisseaux atteints, selon l'arrêt ou la persistance de l'hémorragie, selon l'état du blessé :

1° Intervention cervicale classique consistant, *selon les cas*. à lier en une même séance, au lieu d'élection, la carotide externe (les deux bouts), la jugulaire interne (au moins le bout inférieur), à lier au besoin, ou mieux à poser d'abord, un fil d'attente sur la carotide interne ou la carotide primitive.

2° Intervention mastoïdienne. Attaque au trépan de Doyen avec une fraise moyenne du quadrant postéro-supérieur de la mastoïde pour comprimer le sinus latéral.

3° Au besoin intervention endopharyngée consistant en compression méthodique, forcipressure, ou même ligature, par fil glissé sur pince sur bout distal de la carotide interne par voie endopharyngée, selon la technique ci-dessus décrite.

4° Enfin, si la carotide interne intéressée dans le canal carotidien lui-même continuait à donner, recourir à la ligature intra-pétreuse proposée par Clermont. — Bien entendu, dans la plupart des blessures du pharynx intéressant les vaisseaux du cou, il est utile de laisser auprès du blessé un aide bien au courant de la compression par voie externe et par voie interne endopharyngée (sous contrôle endoscopique si possible.)

Hernies du Cerveau. — Leur Traitement.

A propos d'une communication du Docteur Delagénière, du Mans. sur les hernies du cerveau et leur traitement, l'auteur expose qu'il a eu l'occasion d'observer un certain nombre de hernies cérébrales chez des blessés de guerre. Une dizaine de hernies environ sur un total de cent vingt blessés qu'il dût trépaner pour plaies pénétrantes du crâne, avec

ou sans issue de matière cérébrale. — Le traitement employé fut le plus souvent : pansement sec à la gaze iodoformée, très légère contention, parfois série de fines pointes de feu répétées. Dans quelques cas seulement il dût agrandir le premier orifice de trépanation pour remédier à un syndrome de compression. Chez un seul malade un agité ayant présenté une hernie frontale droite très volumineuse et qui par ses mouvements risquait constamment de déchirer sa hernie malgré les moyens de protection employés, il dut pour éviter une auto-abrasion traumatique de la part du malade faire une ablation partielle par stricture lente et progressive obtenue en deux jours au moyen d'un fil de soie, intervention qui fut bien supportée et n'eut aucune suite immédiate. Le malade succomba, il est vrai. plus de deux mois après, mais par progression de lésions d'encéphalite autour d'esquilles cérébrales entraînées dans la profondeur au moment du trauma et trouvées à l'autopsie en pleine substance cérébrale. La hernie se reproduisit bien un peu, mais à un degré moindre.

Au total la plupart de ces malades chez lesquels se développe une hernie, véritable foyer d'encéphalite localisée ont guéri *quoad vitam* c. a. d., sont sortis de l'hôpital après deux ou trois mois, leur hernie étant disparue ou diminuée.

Quant aux résultats ultérieurs, d'après nouvelles reçues de quelques-uns, ils montrent pour certains une guérison maintenue depuis quinze mois sans accidents. Pour d'autres, l'apparition parfois de phénomènes d'excitation, contractures épilepsie jacksonienne.

De l'étude des cas cliniques non encore publiés que nous avons eu occasion d'observer, des constatations anatomo-pathologiques que nous avons pu faire dans quelques cas de notre pratique ou de celle de confrères, nous croyons pouvoir conclure que la hernie cérébrale est l'expression d'un foyer localisé d'encéphalite traumatique dû à l'infection d'une zône proche de la surface. Cette infection se faisant le plus souvent par corps étrangers : débris de vêtements, projectile ou esquilles entraînées.

Cette hernie, dans la plupart des cas, évoluera comme une lésion locale et doit être respectée Elle traduit évidemment l'état d'inflammation d'un territoire voisin de la surface de l'encéphale, auquel cas elle peut constituer une lésion relativement bénigne. La gravité est due surtout aux foyers d'encéphalite concominants qui peuvent s'échelonner depuis la surface jusque dans la profondeur et notamment jusqu'à la corne frontale du ventricule latéral. L'issue fatale quand elle se produit, après des semaines généralement, survient par extension des lésions d'encéphalite, soit par progression en profondeur d'un foyer de la surface, soit plus souvent par extension ou fusion de foyers voisins

étagés le long du trajet de cheminement de projectiles ou d'esquilles.

La thérapeutique ci-dessus décrite, désinfection, contention, révulsion légère, est efficace pour amoindrir ou annihiler un foyer de surface, amener même une guérison actuelle, rendre moins probables des complications tardives d'irritation corticale, mais cette thérapeutique n'a évidemment aucune action sur un foyer concomitant d'encéphalite profonde et ce sont ces derniers quand ils existent qui conditionnent avant tout le pronostic. S'ils s'abcèdent et sont reconnus et surtout trouvés à temps, le pronostic peut être favorable. S'ils sont minimes et ne dépassent pas le stade d'encéphalite, ils pourront régresser, s'enkyster, et rester silencieux.

Mais à côté de cas aussi tranchés, combien d'autres où le diagnostic de l'existence, du siège, de l'étendue des lésions, sera très difficile et par suite aussi le traitement, d'autant plus que pour les lésions profondes nos moyens d'action, sauf pour le cas d'abcès, sont minimes.

Relation de Quatre Cas de Néoplasmes traités par le Radium

(A propos d'une Communication du Docteur Leclerc à la Société des Sciences Médicales de Dijon)

L'auteur expose brièvement les résultats obtenus dans quatre cas traités au moyen de tubes d'émanation de radium, avec l'assistance du Docteur Jacob. Un premier malade qui avait été opéré quelques années avant pour tumeur du plancher de la bouche présentait une adénite cervicale droite qui reçut des tubes perdus de radium, reliquat d'un emploi précédent. Il y eut en quelque jours régression des ganglions : mais les commémoratifs obtenus dans la suite ont montré qu'il ne s'agissait pas initialement de néoplasme, mais d'une affection inflammatoire. Ce cas ne paraît donc pas devoir être retenu. Un deuxième malade entré dans notre service pour un épithélioma avancé de la base de la langue intéressant la paroi latérale du pharynx et l'épiglotte, reçut cinq tubes d'émanation dont trois furent fichés dans la base de la langue et deux dans les parois latérales du pharynx, par les voies naturelles. Amélioration objective et subjective pendant deux mois, mais actuellement l'affection paraît continuer sa progression quoique lentement.

Un troisième malade atteint d'épithélioma de l'oreille moyenne à globes conés, cas très avancé avec ganglions parotidiens et mastoïdiens, reçut deux applications de tubes d'émanation, dont l'une après opération le 30 juin, ne parut en aucune façon modifier la marche de l'affection.

La mort du malade survint par progression intra-crânienne, quatre mois après. Cependant une deuxième application faite quinze jours avant, avait amené une diminution manifeste de l'infiltration péri-auriculaire et du pavillon.

Le quatrième cas concerne une femme d'une quarantaine d'années que nous avions opérée précédemment d'un néoplasme avancé de la région ethmoïdale gauche, propagé à l'orbite (opération par voie trans-maxillo-faciale.) Au bout de six mois récidive avec exorbitisme gauche, céphalée, diplopie, bourgeons luxuriants remplissant toute la fosse nasale gauche. Trois tubes furent laissés à demeure quatre jours dans cette fosse nasale, en plein bourgeonnement, Quinze jours plus tard, cette fosse nasale était presque entièrement nettoyée de ses bourgeons. La diplopie, les douleurs, l'exorbitisme avaient disparu. Cette malade est encore soumise à notre observation.

Si, vu l'insuffisance quantitative du Radium dont nous disposions, nous ne pouvons émettre de conclusion ferme, du moins pouvons nous dire que dans ces cas, le Radium a paru présenter une action régressive manifeste particulièrement dans le cas quatre.

De la Voie d'Accès Antérieure sur l'Étage Moyen du Crâne

Les plaies pénétrantes de la face et de ses cavités par éclat d'obus sont souvent des plaies pénétrantes craniennes. Laissant de côté les plaies des fosses nasales, de l'orbite, etc., intéressant l'étage antérieur, nous n'avons en vue dans le présent travail que les plaies pénétrantes de l'étage moyen par voie antérieure. Cette étude repose principalement sur cinq cas observés (entre autres) par nous.

Dans trois cas, il s'agissait de fracas du bord et de la paroi supéro-externe de l'orbite, par éclat assez gros ayant intéressé et l'orbite et la partie tout antérieure de la fosse temporale avec mise à nu de l'étage moyen, réalisant ainsi une sorte de Kronlein traumatique. Dans un autre cas, il s'agissait d'un éclat minime ayant perforé la paroi interne de l'orbite, recherché par M. Fromaget, oculiste consultant d'armée. et par nous et non trouvé dans l'orbite où deux radios le localisaient cependant. Il se trouvait en réalité aussitôt en dedans de la mince lame papyracée constituée par la paroi antérieure de la grande aile du sphénoïde, ce que prouvait un minime orifice observé dans cette paroi.

Dans un cinquième cas enfin, un orifice situé à la joue sous le bord inférieur du malaire laissait échapper de la matière cérébrale et conduisait après un trajet de 4 à 5 centimètres, bien accessible avec un spécu-

lum long de Kilian, sur le pôle antérieur fracassé de l'étage moyen où se trouvait le projectile entouré d'esquilles et de matière cérébrale, visible par endoscopie, et qui put être enlevé par cette voie. Ces cinq cas où il y avait plaie pénétrante de la partie antérieure de l'étage moyen, ont guéri. Les trois premiers et le cinquième ont été traités comme toutes les plaies pénétrantes du crâne par ablation du projectile, esquillotomie, nettoyage, désinfection, mèche iodoformée, non tassée et très lâche. Par suite de notre départ nous n'avons plus eu de nouvelles du 4ᵉ cas qui paraissait supporter fort bien, pendant les premières semaines tout au moins, un mince projectile très probablement tangent au pôle antérieur du lobe sphéno-temporal, mais peut-être extra-dure-mérien.

Evidemment un grand nombre de blessés de l'étage moyen n'arrivent même pas à l'ambulance, mais parmi ceux que nous eûmes l'occasion d'observer, la guérison fut la règle et ce, probablement parce que les plaies du pôle antérieur du lobe sphéno-temporal ne sont pas, quoique plus cryptiques. plus graves que les autres plaies pénétrantes endocraniennes, fronto-pariétales, temporales, etc , chaque fois que ces plaies n'intéressent que 1 à 3 centimètres de profondeur à la face externe du cerveau, sans atteindre le ventricule latéral (soit de suite, soit dans les semaines suivantes par extension d'un foyer d'encéphalite, abcédé ou non, développé au voisinage d'un corps étranger ou d'une esquille non extraits.)

Des cas que nous avions eu à observer, il résultait qne la thérapeutique chirurgicale de ces plaies était la même que celle des plaies craniennes directement accessibles, que, par suite, il pouvait être utile de concréter la technique la plus simple et la moins agressive permettant de mettre à nu la partie antérieure de l'étage moyen et du lobe sphéno-temporal. C'est le résultat de ces recherches que nous exposons succinctement ci-dessous.

Technique de la voie d'accès antérieure sur l'étage moyen du crane. — 1° Incision tiers externe du sourcil et bord externe de l'orbite. Ruginer en dedans vers l'orbite, en dehors vers la fosse temporale ;

2° Attaque à la gouge à 5 millimètres au-dessus de la suture fronto-malaire bien visible, et en bas à 15 millimètres au-dessous de cette suture. Limitation d'un fragment osseux triangulaire qu'on abrase à la pince ;

3° Attaque à la pince-gouge du rebord-osseux qui se présente alors dans la profondeur, jusqu'à ouverture de l'étage moyen, puis abrasion à la pince, en dedans sur 2 à 3 centimètres, en dehors et d'avant en arrière sur 1 à 2 centimètres ;

4° En complétant plus ou moins à la pince l'abrasion de la paroi antérieure de l'étage moyen (paroi externe de l'orbite et de sa paroi externe, paroi osseuse de la fosse temporale), on met en évidence, recouvert par une dure-mère bien décollable, tout le pôle antérieur du lobe sphéno-temporal sur environ 2 centimètres de hauteur et sur 2 centimètres 50 à 3 centimètres de largeur ;

5° Par cette voie on aborde, non seulement tout le pôle antérieur du lobe sphéno-temporal qui se présente de face, mais aussi l'étage moyen et dans la profondeur la paroi externe du sinus caverneux.



Imp. BARRET & MASSEBEUF. — DIJON.